



# 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>REINA                                                                                                                 | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)<br>RODRÍGUEZ                        | NOMBRES<br>LAURA SOL ANGIE                                                                                                                                       |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN<br>C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 1073384969 | 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 1 MES ENE AÑO 1997<br>PAÍS Colombia<br>DEPTO Boyacá<br>CIUDAD Sogamoso                          |                                                                    | DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA<br>CL 165 55 A 83<br>PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.<br>CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 6452215<br>EMAIL laurasol.areinarguez@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 |     |                                     | Bachiller Técnico Administrativo en Gestión |
| 1°               | 2° | 3° | 4° | 5° | 6°         | 7° | 8° | 9°    | 10° | 11°                                 | FECHA DE GRADO                              |
|                  |    |    |    |    |            |    |    |       |     | <input checked="" type="checkbox"/> | MES NOVIEMBRE AÑO 2012                      |

### 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 | 4                       | X              | ESPECIALIZACION EN EPIDEMIOLOGIA         | 12 2023             |                            |
| Universitaria                 | 10                      | X              | ENFERMERIA                               | 6 2019              | 1073384969                 |

Firma electronica validador: null



# 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 |
|--------------------------------------------------|------------------------------------------|-----------------|-------|
| Atención a víctimas de violencia sexual          | ProtecVida                               | 2020            | 40    |
| Soporte Vital Básico                             | ProtecVida                               | 2020            | 20    |
| Inserción de Implante Subdermico                 | Educación, Salud, Arte y Tecnología ESAT | 2020            | 40    |
| Citología Cervicouterina                         | Educación, Salud, Arte y Tecnología ESAT | 2020            | 40    |
| Inserción del Dispositivo Intrauterino           | Educación, salud, arte y tecnología ESAT | 2020            | 40    |
| Asesoría Pre y Post prueba VIH                   | Educación, Salud, Arte y Tecnología ESAT | 2020            | 40    |
| Plan Ampliado de Inmunización- Vacunación        | Educación, Salud, Arte y Tecnología ESAT | 2020            | 40    |
| Medicina Transfusional Privada                   | Secretaría Distrital de Salud            | 2019            | 40    |
| Soporte Vital Avanzado SVA                       | ProtecVida                               | 2019            | 48    |
| Principios de nutrición                          | Servicio nacional De Aprendizaje SENA    | 2013            | 40    |
| Sensibilización en servicio al cliente           | Servicio nacional De Aprendizaje SENA    | 2012            | 10    |
| Tecnico Profesional en Asistencia Administrativa | Servicio nacional De Aprendizaje SENA    | 2012            | 3530  |
| Farmacología y Primeros Auxilios                 | UNDETEC                                  | 2011            | 120   |
| Diplomado en Farmacología y primeros auxilios    | UNDETEC                                  | 2011            | 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

Firma electronica validador: null

450506

Documento electrónico: null

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 2 de 7



# 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 Sur E.S.E. | X                            |                              | Colombia        |
| DEPARTAMENTO                                      | MUNICIPIO                    | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD   |                 |
| Bogotá D.C.                                       | Bogotá D.C.                  | contactenos@subredsur.gov.co |                 |
| TELÉFONOS                                         | FECHA DE INGRESO             |                              | FECHA DE RETIRO |
| 7300000                                           | DÍA 10 MES 12 AÑO 2024       |                              | DÍA MES AÑO     |
| CARGO O CONTRATO                                  | DEPENDENCIA                  | DIRECCIÓN                    |                 |
| Enfermera                                         | Equipos Basicos Extramurales | Localidad de Sumapaz         |                 |

| EMPLEO O CONTRATO                                 |                        |                              |                       |
|---------------------------------------------------|------------------------|------------------------------|-----------------------|
| EMPRESA O ENTIDAD                                 | PÚBLICA                | PRIVADA                      | PAÍS                  |
| Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. | X                      |                              | Colombia              |
| DEPARTAMENTO                                      | MUNICIPIO              | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD   |                       |
| Bogotá D.C.                                       | Bogotá D.C.            | contactenos@subredsur.gov.co |                       |
| TELÉFONOS                                         | FECHA DE INGRESO       |                              | FECHA DE RETIRO       |
| 7300000                                           | DÍA 20 MES 10 AÑO 2024 |                              | DÍA 9 MES 12 AÑO 2024 |
| CARGO O CONTRATO                                  | DEPENDENCIA            | DIRECCIÓN                    |                       |
| Enfermera                                         | Gestión del riesgo     | Uss Nazareth                 |                       |

| EMPLEO O CONTRATO                                 |                      |                              |                        |
|---------------------------------------------------|----------------------|------------------------------|------------------------|
| EMPRESA O ENTIDAD                                 | PÚBLICA              | PRIVADA                      | PAÍS                   |
| Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. | X                    |                              | Colombia               |
| DEPARTAMENTO                                      | MUNICIPIO            | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD   |                        |
| Bogotá D.C.                                       | Bogotá D.C.          | contactenos@subredsur.gov.co |                        |
| TELÉFONOS                                         | FECHA DE INGRESO     |                              | FECHA DE RETIRO        |
| 7300000                                           | DÍA 1 MES 6 AÑO 2024 |                              | DÍA 15 MES 10 AÑO 2024 |
| CARGO O CONTRATO                                  | DEPENDENCIA          | DIRECCIÓN                    |                        |
| Enfermera                                         | Gestión del riesgo   | Uss Nazareth                 |                        |

Firma electronica validador: null



# 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<br>Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. | PÚBLICA<br>X                              | PRIVADA                                                    | PAÍS<br>Colombia |
| DEPARTAMENTO<br>Bogotá D.C.                                            | MUNICIPIO<br>Bogotá D.C.                  | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD<br>contactenos@subredsur.gov.co |                  |
| TELÉFONOS<br>7300000                                                   | FECHA DE INGRESO<br>DÍA 27 MES 3 AÑO 2023 | FECHA DE RETIRO<br>DÍA 31 MES 5 AÑO 2024                   |                  |
| CARGO O CONTRATO<br>Enfermera                                          | DEPENDENCIA<br>Gestión del riesgo         | DIRECCIÓN<br>Uss Nazareth                                  |                  |

| EMPLEO O CONTRATO                                                      |                                          |                                                            |                  |
|------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. | PÚBLICA<br>X                             | PRIVADA                                                    | PAÍS<br>Colombia |
| DEPARTAMENTO<br>Bogotá D.C.                                            | MUNICIPIO<br>Bogotá D.C.                 | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD<br>contactenos@subredsur.gov.co |                  |
| TELÉFONOS<br>7300000                                                   | FECHA DE INGRESO<br>DÍA 1 MES 5 AÑO 2022 | FECHA DE RETIRO<br>DÍA 26 MES 3 AÑO 2023                   |                  |
| CARGO O CONTRATO<br>Enfermera                                          | DEPENDENCIA<br>Gestión del riesgo        | DIRECCIÓN<br>Uss Nazareth                                  |                  |

| EMPLEO O CONTRATO                                                      |                                           |                                                            |                  |
|------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. | PÚBLICA<br>X                              | PRIVADA                                                    | PAÍS<br>Colombia |
| DEPARTAMENTO<br>Bogotá D.C.                                            | MUNICIPIO<br>Bogotá D.C.                  | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD<br>contactenos@subredsur.gov.co |                  |
| TELÉFONOS<br>7300000                                                   | FECHA DE INGRESO<br>DÍA 11 MES 5 AÑO 2021 | FECHA DE RETIRO<br>DÍA 30 MES 4 AÑO 2022                   |                  |
| CARGO O CONTRATO<br>Enfermera                                          | DEPENDENCIA<br>Gestión del riesgo         | DIRECCIÓN<br>Uss San juan                                  |                  |

Firma electronica validador: null



# 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<br>Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. | PÚBLICA<br>X                             | PRIVADA                                                    | PAÍS<br>Colombia |
| DEPARTAMENTO<br>Bogotá D.C.                                            | MUNICIPIO<br>Bogotá D.C.                 | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD<br>contactenos@subredsur.gov.co |                  |
| TELÉFONOS<br>7300000                                                   | FECHA DE INGRESO<br>DÍA 1 MES 2 AÑO 2021 | FECHA DE RETIRO<br>DÍA 3 MES 5 AÑO 2021                    |                  |
| CARGO O CONTRATO<br>Enfermera                                          | DEPENDENCIA<br>Gestión Asistencial       | DIRECCIÓN<br>Uss Nazareth                                  |                  |

| EMPLEO O CONTRATO                                                      |                                           |                                                            |                  |
|------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E. | PÚBLICA<br>X                              | PRIVADA                                                    | PAÍS<br>Colombia |
| DEPARTAMENTO<br>Bogotá D.C.                                            | MUNICIPIO<br>Bogotá D.C.                  | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD<br>contactenos@subredsur.gov.co |                  |
| TELÉFONOS<br>7300000                                                   | FECHA DE INGRESO<br>DÍA 18 MES 8 AÑO 2020 | FECHA DE RETIRO<br>DÍA 31 MES 1 AÑO 2021                   |                  |
| CARGO O CONTRATO<br>Enfermera                                          | DEPENDENCIA<br>Gestión del Riesgo         | DIRECCIÓN<br>Uss San Juan                                  |                  |

| EMPLEO O CONTRATO                     |                                           |                                                          |                  |
|---------------------------------------|-------------------------------------------|----------------------------------------------------------|------------------|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>Clínica San Jose | PÚBLICA                                   | PRIVADA<br>X                                             | PAÍS<br>Colombia |
| DEPARTAMENTO<br>Santander             | MUNICIPIO<br>Cimitarra                    | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD<br>clnicasanjoseips@gmail.com |                  |
| TELÉFONOS<br>6261924                  | FECHA DE INGRESO<br>DÍA 19 MES 6 AÑO 2020 | FECHA DE RETIRO<br>DÍA 13 MES 8 AÑO 2020                 |                  |
| CARGO O CONTRATO<br>Enfermera         | DEPENDENCIA<br>Administrativo             | DIRECCIÓN<br>Cra 6 N. 4 -37                              |                  |

Firma electronica validador: null



# 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                  |
| Empresa Social del Estado Andres Cala Pimentel | X                     |                            | Colombia              |
| DEPARTAMENTO                                   | MUNICIPIO             | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD |                       |
| Bogotá D.C.                                    | Bogotá D.C.           | enfermeriapalmar@yahoo.com |                       |
| TELÉFONOS                                      | FECHA DE INGRESO      |                            | FECHA DE RETIRO       |
| 3112141815                                     | DÍA 13 MES 4 AÑO 2020 |                            | DÍA 13 MES 6 AÑO 2020 |
| CARGO O CONTRATO                               | DEPENDENCIA           | DIRECCIÓN                  |                       |
| Enfermera Administrativa y de P y P            | Gerencia              | CI 5 3 - 07                |                       |

## 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                     | 1     |
| Pública   | 4                     | 10    |
| Total     | 5                     | 0     |



# 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:  
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