



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: 16-sep-2025

Fecha Validación: 18-sep-2025

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO ANGARITA	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) DUQUE	NOMBRES STHEFANY MARCELA
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 1030624762	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 12 MES MAY AÑO 1993 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C.		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA TV 72 F 43 59 SUR AP 903 torre 4 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3148307961 EMAIL duque_duque123@hotmail.es

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	DICIEMBRE		AÑO	2010	

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
Formación técnica	3	X	Técnica profesional en enfermería	10 2023	

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto orden cronológico:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
Modelo de Atención en Salud de Bogotá MAS	La Secretaría Distrital de Salud de Bogotá	2024	1
IMPLEMENTACION DE PRUEBAS DE	SENA	2023	48

Firma electronica validador: SANDRA MIREYA SANCHEZ NA 18/09/2025 11:42:22

1621688

Documento electrónico: 2d182ddb95af7a20e3860a157ce9179fc68cca809b2efe31cdc0205e1c10d3b0
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 1 de 3



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: 16-sep-2025

Fecha Validación: 18-sep-2025

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIA ESTE PUNTO EN ESCRITO EN ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
INYECTOLOGIA	ASOCIACION AJUDISP	2023	20
TOMA DE MUETRAS DE LABORATORIO	ASOCIACION AJUDISP	2023	20
PROGRAM DE INMUNIZACIONES (PAI)	ASOCIACION AJUDISP	2023	20
ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS	ASOCIACION AJUDISP	2023	20
INSTITUCIONES AMIGAS DE LA MUJER Y LA	ASOCIACION AJUDISP	2023	20
ATENCION INTEGRADA A LAS ENFERMEDADES	ASOCIACION AJUDISP	2023	20
ATENCION DE VICTIMAS DE AGENTES	ASOCIACION AJUDISP	2023	20
SOPORTE VITAL BASICO	ASOCIACION AJUDISP	2023	20
ATENCION A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL	ASOCIACION AJUDISP	2023	20
Técnico de enfermería	SENA	2023	2640

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

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	0	0
Total	0	0

Firma electronica validador: SANDRA MIREYA SANCHEZ NA 18/09/2025 11:42:22

1621688

Documento electrónico: 2d182ddb95af7a20e3860a157ce9179fc68cca809b2efe31cdc0205e1c10d3b0
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 2 de 3



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: 16-sep-2025

Fecha Validación: 18-sep-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. - 16-sep-2025
Ciudad y fecha del diligenciamiento

Firma electrónica:
STHEFANY MARCELA ANGARITA DUQUE 16/09/2025 16:24:11
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