



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 LOPEZ	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) LADINO	NOMBRES MONICA ALEJANDRA
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 1033799593	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NUMERO D.M.		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 5 MES AGO AÑO 1997 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C.		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA Calle 54 sur No 24 A - 44 int 7 apto 501 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 6017143778 EMAIL malopez3@outlook.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
PRIMARIA			SECUNDARIA			MEDIA					Bachiller academico con énfasis en Ciencias
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	FECHA DE GRADO
										☒	MES NOVIEMBRE AÑO 2013

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 GERENCIA Y AUDITORIA DE LA CALIDAD DE LA SALUD.	6 2024	
Universitaria	8	X	ENFERMERIA	11 2018	1033799593

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
Toma de muestras de Laboratorio	Angeles de la salud	2020	40
Atencion intergral en salud a victimas de violencia	Centro de capacitaciones en urgencias y	2020	40
BLS/ACLS	Fundacion Universitaria de Ciencias de la Salud	2019	50

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
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	dir.riesgo.profesional.salud2@subredsur.gov.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
6017660660	DIA 10 MES 12 AÑO 2024		DIA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Enfermera Canalizaciones	Equipos Basicos Extramurales de Hogar	Cl. 68b Sur # 9a 29	

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.	viviendapicsubredsur@gmail.com	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
6017660660	DIA 1 MES 6 AÑO 2024		DIA 15 MES 10 AÑO 2024
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Enfermera Entorno Cuidado Hogar	PIC-Entorno Cuidador Hogar	KR 13 135A 42 SUR	

Firma electronica validador: null

466324

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

Página 2 de 6



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.	viviendapicsubredsur@gmail.com	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
6017660660	DÍA 1 MES 5 AÑO 2022		DÍA 26 MES 3 AÑO 2023
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Enfermera Entorno Hogar	PIC-ENTORNO HOGAR	KR 13 135A 42 SUR	

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.	viviendapicsubredsur@gmail.com	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
6017660660	DÍA 1 MES 5 AÑO 2021		DÍA 30 MES 4 AÑO 2022
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Enfermera Entorno Hogar	PIC-ENTORNO HOGAR	KR 13 135A 42 SUR	

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.	viviendapicsubredsur@gmail.com	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
7660660	DÍA 10 MES 11 AÑO 2020		DÍA 30 MES 4 AÑO 2021
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Enfermera Entorno Hogar	PIC-ENTORNO HOGAR	KR 13 135A 42 SUR	

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 Hospital San Rafael de Caqueza	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Cundinamarca	MUNICIPIO Cáqueza	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD gerencia@hospitalcaqueza.gov.co	
TELÉFONOS 3182341667	FECHA DE INGRESO DÍA 1 MES 2 AÑO 2020	FECHA DE RETIRO DÍA 7 MES 2 AÑO 2020	
CARGO O CONTRATO Enfermera	DEPENDENCIA Salud	DIRECCIÓN Avenida 5 N. 580	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Hospital San Rafael de Caqueza	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Cundinamarca	MUNICIPIO Chipaque	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD gerencia@hospitalcaqueza.gov.co	
TELÉFONOS 3182341667	FECHA DE INGRESO DÍA 25 MES 11 AÑO 2019	FECHA DE RETIRO DÍA 27 MES 12 AÑO 2019	
CARGO O CONTRATO Coordinacion de la dimension vida saludable	DEPENDENCIA Salud	DIRECCIÓN Avenida 5 N. 580	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Hospital San Rafael de Caqueza	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Cundinamarca	MUNICIPIO Chipaque	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD gerencia@hospitalcaqueza.gov.co	
TELÉFONOS 3182341667	FECHA DE INGRESO DÍA 20 MES 5 AÑO 2019	FECHA DE RETIRO DÍA 23 MES 12 AÑO 2019	
CARGO O CONTRATO Ejecutora Enfermera Plan de intervenciones	DEPENDENCIA Salud	DIRECCIÓN Avenida 5 N. 580	

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 Hospital San Rafael de Caqueza	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Cundinamarca	MUNICIPIO Quetame	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD gerencia@hospitalcaqueza.gov.co	
TELÉFONOS 3182341667	FECHA DE INGRESO DÍA 20 MES 5 AÑO 2019	FECHA DE RETIRO DÍA 23 MES 12 AÑO 2019	
CARGO O CONTRATO Ejecutora Enfermera Plan de Intervenciones	DEPENDENCIA Salud	DIRECCIÓN Avenida 5 N. 580	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Hospital San Rafael de Caqueza	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Cundinamarca	MUNICIPIO Quetame	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD gerencia@hospitalcaqueza.gov.co	
TELÉFONOS 3182341667	FECHA DE INGRESO DÍA 18 MES 3 AÑO 2019	FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 12 AÑO 2019	
CARGO O CONTRATO Coordinadora Enfermera Atencion Primaria	DEPENDENCIA Salud	DIRECCIÓN Avenida 5 N. 580	

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	3	8
Total	3	8

Firma electronica validador: null

466324

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

Página 5 de 6



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. - 28 de enero 2025
Ciudad y fecha del diligenciamiento

Firma electrónica:
null

Mónica López

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