



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: 24-nov-2025

Fecha Validación: 02-dic-2025

1 DATOS PERSONALES

| | | |
|--|--|---|
| PRIMER APELLIDO GOYENECHÉ | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) MONTÓYA | NOMBRES DIANA |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 1019029230 | 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 15 MES DIC AÑO 1988 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. | | DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA cra 87 c numero 154 a 10 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 6861326 EMAIL ajmchiqui@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 |
|------------------|----|----|----|----|------------|----|----|-------|-----|-----|----------------|
| PRIMARIA | | | | | SECUNDARIA | | | MEDIA | | | FECHA DE GRADO |
| 1° | 2° | 3° | 4° | 5° | 6° | 7° | 8° | 9° | 10° | 11° | MES AÑO |
| | | | | | | | | | | X | DICIEMBRE 2005 |

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto orden cronológico, en modalidad academia escriba:

TC (Técnica). TL (Tecnológica). TE (Tecnológica Especializada). UN (Universitaria).

ES (Especialización). MG (Maestría 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 | ENFERMERIA | 6 2018 | 1019029230 |

OTROS ESTUDIOS

Diligencie este punto en estricto orden cronológico:

| Nombre del curso | Institución de formación | Año terminación | Horas |
|-----------------------------------|---|-----------------|-------|
| PROTOCOLO PARA LA TOMA DE PRUEBAS | INSTITUCION EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y | 2024 | 60 |
| ATENCION INTEGRAL A VICTIMAS DE | INSTITUCION EDUCATIVA PARA EL TRABAJO Y | 2024 | 80 |

Firma electrónica validador: DIANA ALEJANDRA JIMENEZ MORA 02/12/2025 13:53:42

1675577

Documento electrónico: b1822bac05f53421352bcd09acbc27889be0b174533355e8ae1b9dceafef6f6e
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: 24-nov-2025

Fecha Validación: 02-dic-2025

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto orden cronológico:

| NOMBRE DEL CURSO | INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN | AÑO TERMINACIÓN | HORAS |
|---|--|-----------------|-------|
| ATENCION A VICTIMAS POR ATAQUES | ENTIDAD DE RESCATE, SALUD Y AMBIENTE | 2024 | 70 |
| SOPORTE VITAL CARDIOVASCULAR | ENTIDAD DE RESCATE, SALUD Y AMBIENTE | 2024 | 48 |
| MANEJO DEL DUELO | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIO DE SALUD | 2023 | 20 |
| SOPORTE VITAL AVANZADO | CORPORACION TECNICA EMPRESARIAL PARA | 2020 | 50 |
| SOPORTE VITAL BASICO | CORPORACIÓN TÉCNICA EMPRESARIAL PARA | 2020 | 50 |
| ATENCION A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD | 2020 | 40 |
| MANEJO INTEGRAL DE PACIENTE EN ESTADO | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD | 2020 | 40 |

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 Norte E.S.E. | | X | | Colombia |
| DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD | | |
| Bogotá D.C. | Bogotá D.C. | lideratencionalusuario@subrednorte.gov.co | | |
| TELÉFONOS | FECHA DE INGRESO | | FECHA DE RETIRO | |
| 4431790 | DÍA 16 MES 3 AÑO 2020 | | DÍA MES AÑO | |
| CARGO O CONTRATO | DEPENDENCIA | DIRECCIÓN | | |
| Enfermera | Sala de partos | Cra. 104 #50 # 152c | | |

Firma electronica validador: DIANA ALEJANDRA JIMENEZ MORA 02/12/2025 13:53:42

1675577

Documento electrónico: b1822bac05f53421352bcd09acbc27889be0b174533355e8ae1b9dceafef6f6e
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 2 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: 24-nov-2025

Fecha Validación: 02-dic-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 Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. | PÚBLICA X | PRIVADA | PAÍS Colombia |
| DEPARTAMENTO Bogotá D.C. | MUNICIPIO Bogotá D.C. | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD correspondencia@subrednorte.gov.co | |
| TELÉFONOS 4431790 | FECHA DE INGRESO DÍA 16 MES 10 AÑO 2018 | | FECHA DE RETIRO DÍA 15 MES 10 AÑO 2019 |
| CARGO O CONTRATO enfermera jefe rural | DEPENDENCIA medicina interna | DIRECCIÓN hospital de engativa | |

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 | 6 | 8 |
| Total | 6 | 8 |



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: 24-nov-2025

Fecha Validación: 02-dic-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. - 24-nov-2025
Ciudad y fecha del diligenciamiento

Firma electrónica:
DIANA GOYENECHE MONTOYA 24/11/2025 17:47:11
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