



# 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: 10-ene-2026

Fecha Validación: 13-ene-2026

## 1 DATOS PERSONALES

|                                                                                                                                          |                                                                    |                                                                                                                                                                   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PRIMER APELLIDO<br>LÓPEZ                                                                                                                 | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)<br>RAMÍREZ                          | NOMBRES<br>LAURA YANNETH                                                                                                                                          |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN<br>C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 1001056968 | 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 20 MES AGO AÑO 2000<br>PAÍS Colombia<br>DEPTO Bogotá D.C.<br>CIUDAD Bogotá D.C.                 |                                                                    | DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA<br>KR 124 B 131 A 37<br>PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.<br>CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 8145660<br>EMAIL lauralopezramirez7@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 bachiller academico |          |
| PRIMARIA         |    |    |    |    | SECUNDARIA |    |    |    |     | MEDIA | FECHA DE GRADO             |          |
| 1°               | 2° | 3° | 4° | 5° | 6°         | 7° | 8° | 9° | 10° | 11°   | MES ABRIL                  | AÑO 2021 |

### OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto ORDEN CRONOLÓGICO:

| NOMBRE DEL CURSO                                   | INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN                 | AÑO TERMINACIÓN | HORAS |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------|-----------------|-------|
| Cálculo Dilución y Administración de medicamentos  | Fundación Nuestra Señora de la esperanza | 2023            | 48    |
| o Protocolos de Atención Integral a Víctimas de    | Fundación nuestra señora de la esperanza | 2023            | 48    |
| Soporte Vital Básico RCP (BLS)                     | Fundación nuestra señora de la esperanza | 2022            | 48    |
| Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual - | Fundación nuestra señora de la esperanza | 2022            | 80    |
| Atención Prehospitalaria APH en Urgencias,         | Fundación nuestra señora de la esperanza | 2022            | 120   |

Firma electronica validador: DIANA ALEJANDRA JIMENEZ MORA 13/01/2026 11:53:13

1717154

Documento electrónico: d584e2bcce7058308d2417a8bbddc049555f8f75b61b0f564dfe67613078e8c3  
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: 10-ene-2026

Fecha Validación: 13-ene-2026

## OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

| NOMBRE DEL CURSO                                | INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN          | AÑO TERMINACIÓN | HORAS |
|-------------------------------------------------|-----------------------------------|-----------------|-------|
| técnico laboral por competencias en auxiliar de | Escuela de Salud San Pedro Claver | 2020            | 48    |

## 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<br>Clinica Juan N Corpas | PÚBLICA<br><input type="checkbox"/>                                                                                              | PRIVADA<br><input checked="" type="checkbox"/>                                                                                  | PAÍS<br>Colombia |
| DEPARTAMENTO<br>Bogotá D.C.                | MUNICIPIO<br>Bogotá D.C.                                                                                                         | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD<br>www.clinicajuanncorpas.com                                                                        |                  |
| TELÉFONOS<br>6865000                       | FECHA DE INGRESO<br>DIA <input type="text" value="10"/> MES <input type="text" value="1"/> AÑO <input type="text" value="2025"/> | FECHA DE RETIRO<br>DIA <input type="text" value="25"/> MES <input type="text" value="1"/> AÑO <input type="text" value="2025"/> |                  |
| CARGO O CONTRATO<br>auxiliar de enfermeria | DEPENDENCIA<br>urgencias                                                                                                         | DIRECCIÓN<br>cra. 111 #159a 61                                                                                                  |                  |

| EMPLEO O CONTRATO                                                                |                                                                                                                                   |                                                                                                                                |                  |
|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. | PÚBLICA<br><input checked="" type="checkbox"/>                                                                                    | PRIVADA<br><input type="checkbox"/>                                                                                            | PAÍS<br>Colombia |
| DEPARTAMENTO<br>Bogotá D.C.                                                      | MUNICIPIO<br>Bogotá D.C.                                                                                                          | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD<br>contactenos@subredsuoccidente.go.co                                                              |                  |
| TELÉFONOS<br>6013795180                                                          | FECHA DE INGRESO<br>DIA <input type="text" value="23"/> MES <input type="text" value="11"/> AÑO <input type="text" value="2023"/> | FECHA DE RETIRO<br>DIA <input type="text" value="9"/> MES <input type="text" value="1"/> AÑO <input type="text" value="2025"/> |                  |
| CARGO O CONTRATO<br>auxiliar de enfermeria                                       | DEPENDENCIA<br>urgencias                                                                                                          | DIRECCIÓN<br>calle 73 sur#103                                                                                                  |                  |

Firma electronica validador: DIANA ALEJANDRA JIMENEZ MORA 13/01/2026 11:53:13

1717154

Documento electrónico: d584e2bcce7058308d2417a8bbddc049555f8f75b61b0f564dfe67613078e8c3  
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: 10-ene-2026

Fecha Validación: 13-ene-2026

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>DDC IPS S.A.S                    | PÚBLICA                                   | PRIVADA<br>X                                                      | PAÍS<br>Colombia |
| DEPARTAMENTO<br>Bogotá D.C.                           | MUNICIPIO<br>Bogotá D.C.                  | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD<br>recursoshumanos.ddcipssas@gmail.com |                  |
| TELÉFONOS<br>3133618745                               | FECHA DE INGRESO<br>DÍA 10 MES 5 AÑO 2023 | FECHA DE RETIRO<br>DÍA 10 MES 8 AÑO 2023                          |                  |
| CARGO O CONTRATO<br>auxiliar de enfermería ambulancia | DEPENDENCIA<br>.                          | DIRECCIÓN<br>Cl. 75 #69K 64                                       |                  |

| EMPLEO O CONTRATO                                      |                                           |                                                           |                  |
|--------------------------------------------------------|-------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|------------------|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>enfermeras un compromiso S.A.S    | PÚBLICA                                   | PRIVADA<br>X                                              | PAÍS<br>Colombia |
| DEPARTAMENTO<br>Bogotá D.C.                            | MUNICIPIO<br>Bogotá D.C.                  | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD<br>coordinadoras@enfermeras.co |                  |
| TELÉFONOS<br>3157535616                                | FECHA DE INGRESO<br>DÍA 23 MES 9 AÑO 2020 | FECHA DE RETIRO<br>DÍA 4 MES 1 AÑO 2021                   |                  |
| CARGO O CONTRATO<br>auxiliar de enfermería a domicilio | DEPENDENCIA<br>.                          | DIRECCIÓN<br>Carrera 19 84-41 Of. 401                     |                  |

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                     | 6     |
| Pública   | 1                     | 1     |
| Total     | 1                     | 8     |

Firma electronica validador: DIANA ALEJANDRA JIMENEZ MORA 13/01/2026 11:53:13

1717154

Documento electrónico: d584e2bcce7058308d2417a8bbddc049555f8f75b61b0f564dfe67613078e8c3  
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 3 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: 10-ene-2026

Fecha Validación: 13-ene-2026

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. - 10-ene-2026  
Ciudad y fecha del diligenciamiento

Firma electrónica:  
LAURA YANNETH LÓPEZ RAMÍREZ 10/01/2026 04:47:03  
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