



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 DIAZ	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) MOLINA	NOMBRES MONICA ESPERANZA
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C <input checked="" type="radio"/> C.E <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 1024572232	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 10 MES JUL AÑO 1996 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C.	DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA san juan sumapaz PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3508161730 EMAIL mdiazm.subredcentrooriente@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 ACADÉMICO		
PRIMARIA			SECUNDARIA				MEDIA				FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	NOVIEMBRE	AÑO	2012

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
ATENCION INTEGRAL DE LAS ENFERMEDADES	INSTITUCION NACIONAL DE BRIGADISTAS DE	2024	60
TOMA DE MUESTRAS DE CITOLOGIA	INTITUCION NACIONAL DE BRIGADISTAS DE	2024	50
SOPORTE VITAL BASICO	INSTITUTO NACIONAL DE BRIGADISTAS	2024	48
SALUD MENTAL	SUB RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD	2024	24
MANEJO INTEGRAL DEL DUELO	SUB RED SUR	2024	24

Firma electronica validador: null

149942

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

Página 1 de 7



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
ATENCION A VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL	SUB RED SUR	2023	40
ATENCION A VICTIMAS DE ATAQUES CON TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA	SUBRED SUR PREDESALUD	2021 2014	24 1800

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 Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD contactenos@subredusr.gov.co	
TELÉFONOS 3219007751	FECHA DE INGRESO DIA 1 MES 2 AÑO 2021	FECHA DE RETIRO DIA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO 1691-2021	DEPENDENCIA asistencial	DIRECCIÓN uss san juan sumapaz	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD contactenos@subredsur.gov.co	
TELÉFONOS 3219007751	FECHA DE INGRESO DIA 1 MES 2 AÑO 2020	FECHA DE RETIRO DIA 31 MES 1 AÑO 2021	
CARGO O CONTRATO 3016-2020	DEPENDENCIA asistencial	DIRECCIÓN uss san juan sumapaz	

Firma electronica validador: null

149942

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 Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD contactenos@subredsur.gov.co
TELÉFONOS 3219007781	FECHA DE INGRESO DIA 2 MES 2 AÑO 2019		FECHA DE RETIRO DIA 31 MES 1 AÑO 2020
CARGO O CONTRATO 001990-2019	DEPENDENCIA asistencial	DIRECCIÓN USS SAN JUAN SUMAPAZ	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD SUB RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD contactenos@subredsur.gov.co
TELÉFONOS 2005489	FECHA DE INGRESO DIA 17 MES 9 AÑO 2018		FECHA DE RETIRO DIA 31 MES 1 AÑO 2019
CARGO O CONTRATO 011912-2019	DEPENDENCIA asistencial	DIRECCIÓN SAN JUAN SUMAPAZ	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD atencionaluduario@subredcentrooriente.gov.co
TELÉFONOS 0000000	FECHA DE INGRESO DIA 9 MES 7 AÑO 2018		FECHA DE RETIRO DIA 31 MES 1 AÑO 2019
CARGO O CONTRATO PS 4826-2018	DEPENDENCIA SALUD PUBLICA	DIRECCIÓN Diagonal 34 No. 5-43	

Firma electronica validador: null

149942

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

Página 3 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 Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD atencionalusuario@subredcentrooriente.gov.co
TELÉFONOS 0000000	FECHA DE INGRESO DIA 17 MES 4 AÑO 2018		FECHA DE RETIRO DIA 30 MES 6 AÑO 2018
CARGO O CONTRATO PS 3380-2018	DEPENDENCIA salud publica	DIRECCIÓN Diagonal 34 No. 5-43	
EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD atencionalusuario@subredcentrooriente.gov.co
TELÉFONOS 0000000	FECHA DE INGRESO DIA 1 MES 6 AÑO 2017		FECHA DE RETIRO DIA 31 MES 3 AÑO 2018
CARGO O CONTRATO PS 4370-2017	DEPENDENCIA SALUD PUBLICA	DIRECCIÓN Diagonal 34 No. 5-43	
EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD ASOCIACION CRECER Y VIVIR	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Cundinamarca	MUNICIPIO Cabrera		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD asociacioncreceryvivir@hotmail.com
TELÉFONOS 3213409729	FECHA DE INGRESO DIA 1 MES 11 AÑO 2016		FECHA DE RETIRO DIA 2 MES 2 AÑO 2017
CARGO O CONTRATO APOYO SALUD Y NUTRICION	DEPENDENCIA SALUD	DIRECCIÓN CABRERA CUNDINAMARCA	

Firma electronica validador: null

149942

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

Página 4 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 FUNDACION AGROAMBIENTAL AIJM		PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Cundinamarca	MUNICIPIO Cabrera	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD fundacionaijm@gmail.com		
TELÉFONOS 3213409729	FECHA DE INGRESO DIA 19 MES 8 AÑO 2016		FECHA DE RETIRO DIA 31 MES 10 AÑO 2016	
CARGO O CONTRATO APOYO SALUD Y NUTRICION	DEPENDENCIA SALUD	DIRECCIÓN CABRERA CUNDINAMARCA		

EMPLEO O CONTRATO				
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN ANTONIO DE ARBELAEZ		PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Cundinamarca	MUNICIPIO Cabrera	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD hospitalarbelaez@hotmail.com		
TELÉFONOS 8689006	FECHA DE INGRESO DIA 1 MES 1 AÑO 2016		FECHA DE RETIRO DIA 31 MES 7 AÑO 2016	
CARGO O CONTRATO PS 098-2016	DEPENDENCIA URGENCIAS	DIRECCIÓN CABRERA CUNDINAMARCA		

EMPLEO O CONTRATO				
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN ANTONIO DE ARBELAEZ		PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Cundinamarca	MUNICIPIO Cabrera	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD hospitalarbelaez@hotmail.com		
TELÉFONOS 8689006	FECHA DE INGRESO DIA 1 MES 12 AÑO 2015		FECHA DE RETIRO DIA 31 MES 12 AÑO 2015	
CARGO O CONTRATO PS 447-2015	DEPENDENCIA URGENCIAS	DIRECCIÓN CABRERA CUNDINAMARCA		

Firma electronica validador: null

149942

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

Página 5 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 HOSPITAL SAN ANTONIO DE ARBELAEZ	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Cundinamarca	MUNICIPIO Cabrera	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD hospitalarbelaez@hotmail.com	
TELÉFONOS 8689006	FECHA DE INGRESO DIA 16 MES 11 AÑO 2015	FECHA DE RETIRO DIA 30 MES 11 AÑO 2015	
CARGO O CONTRATO PS 339-2015	DEPENDENCIA URGENCIAS	DIRECCIÓN CABRERA CUNDINAMARCA	
EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN ANTONIO DE ARBELAEZ	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Cundinamarca	MUNICIPIO Cabrera	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD hospitalarbelaez@hotmail.com	
TELÉFONOS 8689006	FECHA DE INGRESO DIA 1 MES 7 AÑO 2015	FECHA DE RETIRO DIA 15 MES 11 AÑO 2015	
CARGO O CONTRATO PS 218-2015	DEPENDENCIA URGENCIAS	DIRECCIÓN CABRERA CUNDINAMARCA	
EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN ANTONIO DE ARBELAEZ	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Cundinamarca	MUNICIPIO Cabrera	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD hospitalarbelaez@hotmail.com	
TELÉFONOS 8689006	FECHA DE INGRESO DIA 31 MES 1 AÑO 2015	FECHA DE RETIRO DIA 30 MES 6 AÑO 2015	
CARGO O CONTRATO PS 108-2015	DEPENDENCIA URGENCIAS	DIRECCIÓN CABRERA CUNDINAMARCA	

Firma electronica validador: null

149942

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

Página 6 de 7



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural
(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

Hoja de vida sin validar



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	5
Pública	10	2
Total	10	8

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