



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 Mejia	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Cardona	NOMBRES Daniela
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C <input checked="" type="radio"/> C.E <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 1031174240	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 14 MES MAR AÑO 1998 PAÍS Colombia DEPTO Caldas CIUDAD Manizales	DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA calle 68 f bis sur # 20 a 77 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 000 EMAIL danielamejia1410@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
PRIMARIA			SECUNDARIA			MEDIA					Bachiller académico
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	FECHA DE GRADO
										<input checked="" type="checkbox"/>	MES DICIEMBRE AÑO 2014

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	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN	No. DE TARJETA PROFESIONAL
ACADÉMICA		SI NO		MES AÑO	
Universitaria	8	X	TERAPIA RESPIRATORIA	8 2021	

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
AUXILIAR DE LABORATORIO CLINICO	ESCUELA DE SALUD SAN PEDRO CLAVER	2016	160
Auxiliar de enfermería	Escuela de salud san pedro claver	2016	1800

Firma electronica validador: null

190121

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

Página 1 de 5

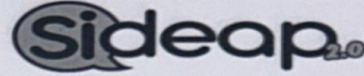


FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Hoja de vida sin validar



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
inglés	X			X			X		

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 29 MES 2 AÑO 2024		FECHA DE RETIRO DÍA 15 MES 6 AÑO 2024
CARGO O CONTRATO terapeuta respiratoria	DEPENDENCIA complementario		DIRECCIÓN Calle 66 # 15-41

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 7300000	FECHA DE INGRESO DÍA 6 MES 4 AÑO 2023		FECHA DE RETIRO DÍA 30 MES 6 AÑO 2024
CARGO O CONTRATO Terapeuta Respiratoria	DEPENDENCIA Complementario		DIRECCIÓN Carrera 24C No 54-47 SUR

Firma electronica validador: null

190121

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

Página 2 de 5



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 <input checked="" type="checkbox"/>	PRIVADA <input type="checkbox"/>
		PAÍS Colombia	
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD www.subredcentrooriente.gov.co	
TELÉFONOS 0000	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text" value="6"/> MES <input type="text" value="4"/> AÑO <input type="text" value="2022"/>		FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text" value="16"/> MES <input type="text" value="8"/> AÑO <input type="text" value="2023"/>
CARGO O CONTRATO Terapeuta respiratoria	DEPENDENCIA Complementarios	DIRECCIÓN Cr43 9-46 Bogotá	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD fundacion santa fe de bogotá		PÚBLICA <input type="checkbox"/>	PRIVADA <input checked="" type="checkbox"/>
		PAÍS Colombia	
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD seleccion.fsfb@fsfb.org.co	
TELÉFONOS 6030303	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text" value="6"/> MES <input type="text" value="8"/> AÑO <input type="text" value="2020"/>		FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text" value="7"/> MES <input type="text" value="4"/> AÑO <input type="text" value="2022"/>
CARGO O CONTRATO Auxiliar de enfermería	DEPENDENCIA planta	DIRECCIÓN Ak. 7 #117 -15	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Hospital Santa Clara		PÚBLICA <input checked="" type="checkbox"/>	PRIVADA <input type="checkbox"/>
		PAÍS Colombia	
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD www.subredcentrooriente.gov.co	
TELÉFONOS 3444484	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text" value="27"/> MES <input type="text" value="2"/> AÑO <input type="text" value="2019"/>		FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text" value="2"/> MES <input type="text" value="8"/> AÑO <input type="text" value="2020"/>
CARGO O CONTRATO Auxiliar de enfermería	DEPENDENCIA Asistencial	DIRECCIÓN Cra. 14b #1-45 sur	

Firma electronica validador: null

190121

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

Página 3 de 5



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 EN SALUD CENTRO ORIENTE	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD gerencia@subredcentrooriente.gov.co	
TELÉFONOS 3444484	FECHA DE INGRESO DÍA 23 MES 2 AÑO 2018		FECHA DE RETIRO DÍA 1 MES 2 AÑO 2019
CARGO O CONTRATO Auxiliar de laboratorio clínico	DEPENDENCIA Asistencial	DIRECCIÓN Diagonal 34 No. 5-43	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD GLOBAL LIFE AMBULANCIAS	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD globallife@glambulancias.com	
TELÉFONOS 3208338193	FECHA DE INGRESO DÍA 25 MES 5 AÑO 2016		FECHA DE RETIRO DÍA 25 MES 5 AÑO 2018
CARGO O CONTRATO AUXILIAR ENFERMERIA	DEPENDENCIA ASISTENCIAL	DIRECCIÓN Calle 163 No 16 C 62 Barrio Orquídeas	

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	3	8
Pública	4	7
Total	8	0

Firma electronica validador: null

190121

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

Página 4 de 5



FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA

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

Hoja de vida sin validar



5

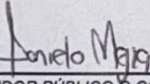
FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

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. - 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

190121

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

Página 5 de 5