



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 MONROY		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) RODRIGUEZ		NOMBRES BERONICA	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C <input checked="" type="radio"/> C.E <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 52985610			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 18 MES ENE AÑO 1983 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C.			DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA calle 156 b 100 -51 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 8952716 EMAIL beronicamr@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	BACHILLER COMERCIAL		
PRIMARIA			SECUNDARIA				MEDIA				FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	DICIEMBRE	AÑO	2001

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	ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA DE LA CALIDAD EN SALUD	7 2018	
Universitaria	8	X	ENFERMERÍA	3 2015	52985610
Especialización universitaria	2	X	ESPECIALIZACION EN TERAPIAS ALTERNATIVAS	9 2015	

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
------------------	--------------------------	-----------------	-------

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 beronicamr@hotmail.com	
TELÉFONOS 3112950728	FECHA DE INGRESO DÍA 12 MES 2 AÑO 2025		FECHA DE RETIRO DÍA 15 MES 11 AÑO 2025
CARGO O CONTRATO Enfermera Especializada	DEPENDENCIA PROYECTOS DE INVERSION LOCAL	DIRECCIÓN Calle 156 b 100-51	

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 beronicamonroy20@gmail.com	
TELÉFONOS 7300000	FECHA DE INGRESO DÍA 20 MES 10 AÑO 2023		FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 5 AÑO 2024
CARGO O CONTRATO ENFERMERA ESPECIALISTA	DEPENDENCIA DESARROLLO HUMANO-PIL	DIRECCIÓN CR24 C 54-47 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 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 beronicamonroy20@gmail.com	
TELÉFONOS 7300000	FECHA DE INGRESO DIA 7 MES 10 AÑO 2022		FECHA DE RETIRO DIA 17 MES 7 AÑO 2023
CARGO O CONTRATO ENFERMERA ESPECIALISTA	DEPENDENCIA DESARROLLO HUMANO-PIL	DIRECCIÓN CR24 C 54-47 SUR	
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 beronicamonroy20@gmail.com	
TELÉFONOS 3282828	FECHA DE INGRESO DIA 9 MES 5 AÑO 2022		FECHA DE RETIRO DIA MES AÑO
CARGO O CONTRATO enferemra	DEPENDENCIA PROYECTOS DE INVERSIÓN LOCAL	DIRECCIÓN DIAGONAL 34-5-43	
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 dircontratacion@subrednorte.gov.co	
TELÉFONOS 4431790	FECHA DE INGRESO DIA 19 MES 7 AÑO 2018		FECHA DE RETIRO DIA MES AÑO
CARGO O CONTRATO ENFERMERA PROFESIONAL	DEPENDENCIA GESTION DEL RIESGO-PIL	DIRECCIÓN Calle 66 # 15-41	

Firma electronica validador: null

284138

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			
<i>EMPRESA O ENTIDAD</i> Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	<i>PÚBLICA</i> X	<i>PRIVADA</i>	<i>PAÍS</i> Colombia
<i>DEPARTAMENTO</i> Bogotá D.C.	<i>MUNICIPIO</i> Bogotá D.C.		<i>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</i> beronicamonroy20@gmail.com
<i>TELÉFONOS</i> 4431790	<i>FECHA DE INGRESO</i> DIA 19 MES 7 AÑO 2018		<i>FECHA DE RETIRO</i> DIA 8 MES 4 AÑO 2022
<i>CARGO O CONTRATO</i> ENFEREMRA PROFESIONAL APOYO	<i>DEPENDENCIA</i> GESTION DEL RIESGO -PIL	<i>DIRECCIÓN</i> CALLE 66-15-41	

EMPLEO O CONTRATO			
<i>EMPRESA O ENTIDAD</i> Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	<i>PÚBLICA</i> X	<i>PRIVADA</i>	<i>PAÍS</i> Colombia
<i>DEPARTAMENTO</i> Bogotá D.C.	<i>MUNICIPIO</i> Bogotá D.C.		<i>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</i> beronicamonroy20@gmail.com
<i>TELÉFONOS</i> 4431790	<i>FECHA DE INGRESO</i> DIA 19 MES 7 AÑO 2018		<i>FECHA DE RETIRO</i> DIA MES AÑO
<i>CARGO O CONTRATO</i> ENFERMERA PROFESIONAL	<i>DEPENDENCIA</i> GESTION DEL RIESGO-PROYECTOS DE	<i>DIRECCIÓN</i> CR 54-67 BIS 20	

EMPLEO O CONTRATO			
<i>EMPRESA O ENTIDAD</i> Fundacion cardio Infantil	<i>PÚBLICA</i>	<i>PRIVADA</i> X	<i>PAÍS</i> Colombia
<i>DEPARTAMENTO</i> Bogotá D.C.	<i>MUNICIPIO</i> Bogotá D.C.		<i>CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD</i> lacardio@hotmail.com
<i>TELÉFONOS</i> 66727272	<i>FECHA DE INGRESO</i> DIA 17 MES 1 AÑO 2015		<i>FECHA DE RETIRO</i> DIA 20 MES 4 AÑO 2017
<i>CARGO O CONTRATO</i> enfermera profesional	<i>DEPENDENCIA</i> cardiovascular	<i>DIRECCIÓN</i> calle 163 a 13b 60	

Firma electronica validador: null

284138

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



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	2	3
Pública	7	8
Total	9	11

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. 19-Marzo -2026
Ciudad y fecha del diligenciamiento

Firma electrónica:

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