



# 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: 27-mar-2026

Fecha Validación: 08-abr-2026

## 1 DATOS PERSONALES

|                                                                                                                                          |                                                                    |                                                                                                                                                                |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PRIMER APELLIDO<br>MUÑOZ                                                                                                                 | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)<br>ROJAS                            | NOMBRES<br>DIANA MARCELA                                                                                                                                       |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN<br>C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 1012337365 | 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 25 MES DIC AÑO 1986<br>PAÍS Colombia<br>DEPTO Huila<br>CIUDAD Neiva                             |                                                                    | DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA<br>CL 72 88 F 23 SUR<br>PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.<br>CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3108415935<br>EMAIL dimunozrojas@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 BASICA |    |    |    |    |            |    |    |    |       |     | TITULO BACHILLER ACADEMICO |           |  |     |      |
|------------------|----|----|----|----|------------|----|----|----|-------|-----|----------------------------|-----------|--|-----|------|
| PRIMARIA         |    |    |    |    | SECUNDARIA |    |    |    | MEDIA |     | FECHA DE GRADO             |           |  |     |      |
| 1°               | 2° | 3° | 4° | 5° | 6°         | 7° | 8° | 9° | 10°   | 11° | MES                        | DICIEMBRE |  | AÑO | 2000 |

### 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 |
|---------------------|-------------------------|----------------|------------------------------------------|---------------------|----------------------------|
| Universitaria       | 6                       | X              | ENFERMERIA                               | 7 2020              | 1012337365                 |

### OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto orden cronológico:

| NOMBRE DEL CURSO                   | INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN           | AÑO TERMINACIÓN | HORAS |
|------------------------------------|------------------------------------|-----------------|-------|
| CURSO DE MANEJO PACIENTE COVID     | CORPORACION EDUCATIVA DE FORMACION | 2021            | 40    |
| CURSO DE CODIGO BLANCO, ATENCION A | CORPORACION EDUCATIVA DE FORMACION | 2021            | 40    |

Firma electronica validador: NICOLE DANIELA PINEDA MILLAN 08/04/2026 10:51:53

1746432

Documento electrónico: 45f2cad27a0b1ccec00c90cb64dc7ede41e89ed464123a947f907343e90fb878  
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)

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.



Última Actualización: 27-mar-2026

Fecha Validación: 08-abr-2026

## OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

| NOMBRE DEL CURSO                      | INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN             | AÑO TERMINACIÓN | HORAS |
|---------------------------------------|--------------------------------------|-----------------|-------|
| CURSO DE SOPORTE VITAL BASICO BLS-RCP | CORPORACION EDUCATIVA DE FORMACION   | 2021            | 40    |
| CURSO DE SOPORTE VITAL AVANZADO ACLS  | CORPORACION DE EDUCACION Y FORMACION | 2021            | 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<br>Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. | PÚBLICA<br>X                               | PRIVADA                                                            | PAÍS<br>Colombia                          |
| DEPARTAMENTO<br>Bogotá D.C.                                                      | MUNICIPIO<br>Bogotá D.C.                   | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD<br>contactenos@subredsuoccidente.gov.co |                                           |
| TELÉFONOS<br>3849160                                                             | FECHA DE INGRESO<br>DÍA 14 MES 4 AÑO 2023  |                                                                    | FECHA DE RETIRO<br>DÍA 15 MES 10 AÑO 2024 |
| CARGO O CONTRATO<br>ENFERMERA JEFE                                               | DEPENDENCIA<br>VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA | DIRECCIÓN<br>KR 104 20C 31                                         |                                           |

| EMPLEO O CONTRATO                                                                |                                            |                                                                    |                                          |
|----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. | PÚBLICA<br>X                               | PRIVADA                                                            | PAÍS<br>Colombia                         |
| DEPARTAMENTO<br>Bogotá D.C.                                                      | MUNICIPIO<br>Bogotá D.C.                   | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD<br>contactenos@subredsuoccidente.gov.co |                                          |
| TELÉFONOS<br>3849160                                                             | FECHA DE INGRESO<br>DÍA 1 MES 2 AÑO 2023   |                                                                    | FECHA DE RETIRO<br>DÍA 26 MES 3 AÑO 2023 |
| CARGO O CONTRATO<br>ENFERMERA JEFE                                               | DEPENDENCIA<br>VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA | DIRECCIÓN<br>KR 104 20C 31                                         |                                          |

Firma electronica validador: NICOLE DANIELA PINEDA MILLAN 08/04/2026 10:51:53

1746432

Documento electrónico: 45f2cad27a0b1cc900c90cb64dc7ede41e89ed464123a947f907343e90fb878  
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)

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.



Última Actualización: 27-mar-2026

Fecha Validación: 08-abr-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                                  | PÚBLICA              | PRIVADA                                   | PAÍS                  |
| SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENT | X                    |                                           | Colombia              |
| DEPARTAMENTO                                       | MUNICIPIO            | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD                |                       |
| Bogotá D.C.                                        | Bogotá D.C.          | defensajudicial@subredsuroccidente.gov.co |                       |
| TELÉFONOS                                          | FECHA DE INGRESO     |                                           | FECHA DE RETIRO       |
| 5555555                                            | DÍA 1 MES 2 AÑO 2022 |                                           | DÍA 26 MES 3 AÑO 2023 |
| CARGO O CONTRATO                                   | DEPENDENCIA          | DIRECCIÓN                                 |                       |
| ENFERMERA                                          | PAI                  | KR 116 A 15 C 70                          |                       |

| EMPLEO O CONTRATO                                           |                      |                                       |                        |
|-------------------------------------------------------------|----------------------|---------------------------------------|------------------------|
| EMPRESA O ENTIDAD                                           | PÚBLICA              | PRIVADA                               | PAÍS                   |
| Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. | X                    |                                       | Colombia               |
| DEPARTAMENTO                                                | MUNICIPIO            | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD            |                        |
| Bogotá D.C.                                                 | Bogotá D.C.          | contactenos@subredsuroccidente.gov.co |                        |
| TELÉFONOS                                                   | FECHA DE INGRESO     |                                       | FECHA DE RETIRO        |
| 3753569                                                     | DÍA 2 MES 3 AÑO 2021 |                                       | DÍA 30 MES 11 AÑO 2021 |
| CARGO O CONTRATO                                            | DEPENDENCIA          | DIRECCIÓN                             |                        |
| ENFERMERA                                                   | SALUD PUBLICA        | CALLE 9 # 39-46                       |                        |

| EMPLEO O CONTRATO                                           |                      |                               |                       |
|-------------------------------------------------------------|----------------------|-------------------------------|-----------------------|
| EMPRESA O ENTIDAD                                           | PÚBLICA              | PRIVADA                       | PAÍS                  |
| Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. | X                    |                               | Colombia              |
| DEPARTAMENTO                                                | MUNICIPIO            | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD    |                       |
| Bogotá D.C.                                                 | Bogotá D.C.          | paiextramuralsudred@gmail.com |                       |
| TELÉFONOS                                                   | FECHA DE INGRESO     |                               | FECHA DE RETIRO       |
| 3682246                                                     | DÍA 2 MES 3 AÑO 2021 |                               | DÍA 15 MES 8 AÑO 2022 |
| CARGO O CONTRATO                                            | DEPENDENCIA          | DIRECCIÓN                     |                       |
| ENFERMERA                                                   | PAI                  | CARRERA 59 # 14 44            |                       |

Firma electronica validador: NICOLE DANIELA PINEDA MILLAN 08/04/2026 10:51:53

1746432

Documento electrónico: 45f2cad27a0b1ccec00c90cb64dc7ede41e89ed464123a947f907343e90fb878  
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)

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.



Última Actualización: 27-mar-2026

Fecha Validación: 08-abr-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>FUNDACION HEMATOLOGICA COLOMBIA | PÚBLICA                                  | PRIVADA<br>X                                    | PAÍS<br>Colombia                          |
| DEPARTAMENTO<br>Bogotá D.C.                          | MUNICIPIO<br>Bogotá D.C.                 | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD<br>WWW.FUHECO.GOV.CO |                                           |
| TELÉFONOS<br>7467888                                 | FECHA DE INGRESO<br>DÍA 1 MES 9 AÑO 2020 |                                                 | FECHA DE RETIRO<br>DÍA 30 MES 12 AÑO 2020 |
| CARGO O CONTRATO<br>ENFERMERA JEFE                   | DEPENDENCIA<br>ENFERMERA                 | DIRECCIÓN<br>CARRERA 65 # 81 - 67               |                                           |

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                     | 4     |
| Pública   | 3                     | 6     |
| Total     | 3                     | 10    |

Firma electronica validador: NICOLE DANIELA PINEDA MILLAN 08/04/2026 10:51:53

1746432

Documento electrónico: 45f2cad27a0b1cccec00c90cb64dc7ede41e89ed464123a947f907343e90fb878  
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)

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.



Última Actualización: 27-mar-2026

Fecha Validación: 08-abr-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. - 27-mar-2026  
Ciudad y fecha del diligenciamiento

Firma electrónica:  
DIANA MARCELA MUÑOZ ROJAS 27/03/2026 16:25:30  
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