



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 RODRÍGUEZ		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) LUGO		NOMBRES ADRIANA JOSEFINA	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 2000020997			SEXO F <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/>		NACIONALIDAD COL <input type="radio"/> EXTRANJERO <input checked="" type="radio"/>
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input type="radio"/> NUMERO _____ D.M. _____					
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 12 MES JUL AÑO 1985 PAÍS Venezuela DEPTO _____ CIUDAD Punta de Mata-Monagas			DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA calle 22d Bis# 73a-64. Conjunto Modelia Reservado casa 59 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3225169217 EMAIL adriana_2507@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 en Ciencias	
PRIMARIA			SECUNDARIA			MEDIA		FECHA DE GRADO				
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES JULIO	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		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
Especialización universitaria	6	X		ESPECIALISTA EN NEONATOLOGIA	12	2015	
Especialización universitaria	6	X		ESPECIALISTA EN PEDIATRIA Y PUERICULTURA	12	2013	2000020997
Universitaria	12	X		Médico cirujano	2	2010	18542

Firma electronica validador: null

329818

Documento electrónico: null
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)

Hoja de vida sin validar



OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto orden cronológico:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
ATENCION INTEGRAL A VICTIMAS DE Reanimacion neonatal	ASOCIACION AJUDISO INSIMED	2025 2025	40 32
ATENCION INTEGRAL A VICTIMAS DE Seguridad del paciente	ASOCIACION AJUDISP Subred integrada de servicios de salud sur	2025 2022	24 20

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 Norte E.S.E.	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD CONTRATACION.ENGATIVACL80@GMAIL.COM	
TELÉFONOS 6014431790	FECHA DE INGRESO DIA <input type="text" value="1"/> MES <input type="text" value="10"/> AÑO <input type="text" value="2025"/>		FECHA DE RETIRO DIA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>
CARGO O CONTRATO NEONATOLOGO	DEPENDENCIA uci neonatal- servicios hospitalarios	DIRECCIÓN transversal 100a# 80a-50	

Firma electronica validador: null

329818

Documento electrónico: null
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)

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 dir.contratacion@subredsur.gov.co	
TELÉFONOS 4434868	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text" value="1"/> MES <input type="text" value="11"/> AÑO <input type="text" value="2018"/>		FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>
CARGO O CONTRATO PEDIATRA	DEPENDENCIA UCI NEONATAL	DIRECCIÓN CARRERA 60G # 18A-09 SUR	
EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Hospital Universitario de Caracas	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Venezuela
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD huc@recursoshumanos.	
TELÉFONOS 0212-6067763	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text" value="1"/> MES <input type="text" value="1"/> AÑO <input type="text" value="2016"/>		FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text" value="31"/> MES <input type="text" value="12"/> AÑO <input type="text" value="2016"/>
CARGO O CONTRATO Neonatologo	DEPENDENCIA uci neonatal	DIRECCIÓN Ciudad Universitaria, HUC piso 10. Caracas-	
EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Hospital de Clinicas Caracas	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Venezuela
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD captacionactiva@clin	
TELÉFONOS 0212-5086111	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text" value="1"/> MES <input type="text" value="5"/> AÑO <input type="text" value="2015"/>		FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text" value="31"/> MES <input type="text" value="8"/> AÑO <input type="text" value="2016"/>
CARGO O CONTRATO Pediatria-Neonatologo	DEPENDENCIA Neonatologia	DIRECCIÓN Urb. San Bernardino, Av Panteon. Caracas-	

Firma electronica validador: null

329818

Documento electrónico: null
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)

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	1	4
Pública	8	5
Total	9	1

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