



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 SUAREZ	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) RAMIREZ	NOMBRES JENNIFER
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C <input checked="" type="radio"/> C.E <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 1005411694	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 31 MES OCT AÑO 2000 PAÍS Colombia DEPTO Santander CIUDAD Mogotes	DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CL 28 20 A 59 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3147633374 EMAIL suarezjennifer723@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 Académico
PRIMARIA			SECUNDARIA			MEDIA					FECHA DE GRADO
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES NOVIEMBRE AÑO 2018

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	10	X	ENFERMERIA	12 2023	1005411694

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
Diplomado en el cuidado de enfermería en salud	ACOFAEM	2024	128
Soporte vital avanzado	CERTIMED-YA	2024	70

Firma electronica validador: null

630841

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
Soporte vital básico	CERTIMED-YA	2024	45
Seguridad del paciente	CERTIMED-YA	2024	45
Gestión del duelo	CERTIMED-YA	2024	45
Humanización en los servicios de salud	CERTIMED-YA	2024	45
Toma de muestra de laboratorio Clínico	CERTIMED-YA	2024	45
Toma de muestra de citología cervicouterina	CERTIMED-YA	2024	45
Atención a víctimas con agentes químicos	CERTIMED-YA	2024	45
Atención a víctimas de violencia sexual	CERTIMED-YA	2024	45
Atención integrada a las enfermedades prevalentes	CERTIMED-YA	2024	45
Instituciones amigas de la mujer y la infancia (IAM)	CERTIMED-YA	2024	45
Participación en el semillero de investigación	UNISANGIL	2023	180

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 suarezjennifer723@gmail.com	
TELÉFONOS 3147633374	FECHA DE INGRESO DIA 6 MES 6 AÑO 2024		FECHA DE RETIRO DIA MES AÑO
CARGO O CONTRATO ENFERMERA JEFE	DEPENDENCIA urgencias	DIRECCIÓN Cra. 1c Este #75-03	

Firma electronica validador: null

630841

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 E.S.E Hospital San Pedro Claver Mogotes	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Santander	MUNICIPIO Mogotes		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD enfermeria@unisangil.edu.co
TELÉFONOS 3007988258	FECHA DE INGRESO DIA 11 MES 9 AÑO 2023		FECHA DE RETIRO DIA 1 MES 12 AÑO 2023
CARGO O CONTRATO Enfermera	DEPENDENCIA Consulta externa, promoción y prevención	DIRECCIÓN calle 6 # 10-11	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD E.S.E Hospital Regional de San Gil	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Santander	MUNICIPIO San Gil		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD enfermeria@unisangil.edu.co
TELÉFONOS 3007988258	FECHA DE INGRESO DIA 6 MES 3 AÑO 2023		FECHA DE RETIRO DIA 9 MES 6 AÑO 2023
CARGO O CONTRATO Enfermera	DEPENDENCIA Clínica de heridas y urgencias ambulatorias	DIRECCIÓN carrera 5 # 10-16	

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	0
Pública	2	4
Total	2	4

Firma electronica validador: null

630841

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



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