



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 CAMACHO		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) SOSA		NOMBRES LEIDI TATIANA	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 1013692439			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 15 MES DIC AÑO 1999 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C.			DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA cra 17 a bis # 63 20 sur PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 0000000 EMAIL leidy_tatiana06@outlook.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 ACADÉMICO			
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	NOVIEMBRE	AÑO	2016

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	8	X	ENFERMERIA	11 2025	1013692439

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
Soporte Vital Basico	Ideas Medicas Avanzadas en salud	2026	45
Cuidado del donante	Ideas Medicas Avanzadas en salud	2026	45

Firma electronica validador: null

370553

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



OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
Atención integral a víctimas de violencia y abuso	Ideas Medicas Avanzadas en salud	2026	45
Gestión del duelo en servicios de salud	Ideas Medicas Avanzadas en salud	2026	45
Soporte Vital avanzado	Ideas Medicas Avanzadas en salud	2026	70
Atención a víctimas de ataques con agentes	Ideas Medicas Avanzadas en salud	2026	45
Unidad de cuidados intensivos UCI adultos	Ideas Medicas Avanzadas en salud	2026	159
pensamiento tecnológico en desarrollo ambiental	colegio Antonio Baraya	2016	800

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 Hospital universitario clinica san rafael	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD no especifica	
TELÉFONOS 7464714	FECHA DE INGRESO DIA 17 MES 1 AÑO 2024		FECHA DE RETIRO DIA 11 MES 2 AÑO 2026
CARGO O CONTRATO AUXILIAR DE ENFERMERIA	DEPENDENCIA turnos nocturnos	DIRECCIÓN carrera 8 17 - 45 sur	

Firma electronica validador: null

370553

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 Hospital homi, Hospital Cardiovascular de soacha, Hospital San jose centro	PÚBLICA <input type="checkbox"/>	PRIVADA <input checked="" type="checkbox"/>	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD no especifica
TELÉFONOS 018000113827	FECHA DE INGRESO DIA <input type="text" value="2"/> MES <input type="text" value="5"/> AÑO <input type="text" value="2022"/>		FECHA DE RETIRO DIA <input type="text" value="21"/> MES <input type="text" value="11"/> AÑO <input type="text" value="2025"/>
CARGO O CONTRATO Enfermera	DEPENDENCIA Turnos diurnos		DIRECCIÓN carrera 54 No 67A - 80

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 certificacionesops@subredcentrooriente.gov.co
TELÉFONOS 304599552563	FECHA DE INGRESO DIA <input type="text" value="21"/> MES <input type="text" value="5"/> AÑO <input type="text" value="2021"/>		FECHA DE RETIRO DIA <input type="text" value="25"/> MES <input type="text" value="2"/> AÑO <input type="text" value="2024"/>
CARGO O CONTRATO contrato	DEPENDENCIA turnos nocturnos		DIRECCIÓN cra 14b #1 -45 sur hospital santa clara

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD MEDICAL	PÚBLICA <input type="checkbox"/>	PRIVADA <input checked="" type="checkbox"/>	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD no especifica
TELÉFONOS 3183383681	FECHA DE INGRESO DIA <input type="text" value="20"/> MES <input type="text" value="10"/> AÑO <input type="text" value="2019"/>		FECHA DE RETIRO DIA <input type="text" value="30"/> MES <input type="text" value="6"/> AÑO <input type="text" value="2020"/>
CARGO O CONTRATO AUXILIAR DE ENFERMERIA	DEPENDENCIA HOSPITALIZACION-URGENCIAS-UCI		DIRECCIÓN calle 33 sur # 77 33

Firma electronica validador: null

370553

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 CLINICA REMY IPS	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD auxiliartalentohumano.remy.ips@gmail.com	
TELÉFONOS 3504270652	FECHA DE INGRESO DIA <input type="text" value="21"/> MES <input type="text" value="1"/> AÑO <input type="text" value="2019"/>		FECHA DE RETIRO DIA <input type="text" value="27"/> MES <input type="text" value="7"/> AÑO <input type="text" value="2021"/>
CARGO O CONTRATO auxiliar de enfermería	DEPENDENCIA HOSPITALIZACION	DIRECCIÓN Calle 166 # 16 b 42	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD casa de familia : señora sandra ramirez	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 3125301030	FECHA DE INGRESO DIA <input type="text" value="6"/> MES <input type="text" value="8"/> AÑO <input type="text" value="2018"/>		FECHA DE RETIRO DIA <input type="text" value="23"/> MES <input type="text" value="11"/> AÑO <input type="text" value="2018"/>
CARGO O CONTRATO Auxiliar de enfermería	DEPENDENCIA Domiciliaria	DIRECCIÓN calle 38 sur # 8-13	

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	6	7
Pública	2	9
Total	7	4

Firma electronica validador: null

370553

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: Leidy Canacho.
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