



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 ALDANA		SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) MEJIA		NOMBRES MARIA ANGELICA	
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. <u>52842611</u>			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 <u>20</u> MES <u>JUL</u> AÑO <u>1981</u>			DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA KR 86 17 96 TO 11 apto 203 portohayuelos 2		
PAÍS <u>Colombia</u>			PAÍS <u>Colombia</u> DEPTO <u>Bogotá D.C.</u>		
DEPTO <u>Bogotá D.C.</u>			CIUDAD <u>Bogotá D.C.</u> TELEFONO <u>3108806811</u>		
CIUDAD <u>Bogotá D.C.</u>			EMAIL <u>angel8107@hotmail.com</u>		

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 AREA PROMOCIÓN SOCIAL Y			
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	<input checked="" type="checkbox"/> 11°	MES	<u>DICIEMBRE</u>	AÑO	<u>1997</u>

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	
Universitaria	8	X		INSTRUMENTACION QUIRURGICA	12	2001	

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
ATENCIÓN A VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL	LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE	2025	60
DIAGNÓSTICO Y MANEJO CLÍNICO DEL	LA ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA	2024	20

Firma electrónica validador: null

38696

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
ACOMPANAMIENTO EN PROCESO DE DUELO	FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA	2023	48
INTEGRIDAD, TRANSPARENCIA Y LUCHA	FUNCION PUBLICA	2023	20
CODIGO BLANCO	FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA	2023	80
RESPONSABILIDAD SOCIAL	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD	2021	8

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
inglés	X			X			X		

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 Sur E.S.E.	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	www.subredsur.gov.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
3078181	DIA <input type="text" value="1"/> MES <input type="text" value="2"/> AÑO <input type="text" value="2019"/>	DIA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
INSTRUMENTADORA QUIRURGICA	CIRUGIA	CARRERA 20 N°42 SUR 47	

Firma electronica validador: null

38696

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			
<i>EMPRESA O ENTIDAD</i> HOSPITAL EL TUNAL ESE	<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> hospitaltunal@gov.co	
<i>TELÉFONOS</i> 3078181	<i>FECHA DE INGRESO</i> DIA 17 MES 8 AÑO 2009		<i>FECHA DE RETIRO</i> DIA 31 MES 1 AÑO 2019
<i>CARGO O CONTRATO</i> INSTRUMENTADORA QUIRURGICA	<i>DEPENDENCIA</i> CIRUGIA	<i>DIRECCIÓN</i> CARRERA 20 N°42 SUR 47	

EMPLEO O CONTRATO			
<i>EMPRESA O ENTIDAD</i> COOPINTRASALUD	<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> COOPINTRASALUD@HOTMAIL.COM	
<i>TELÉFONOS</i> 3219843809	<i>FECHA DE INGRESO</i> DIA 17 MES 2 AÑO 2009		<i>FECHA DE RETIRO</i> DIA 16 MES 8 AÑO 2009
<i>CARGO O CONTRATO</i> INSTRUMENTADORA QUIRURGICA	<i>DEPENDENCIA</i> CIRUGIA	<i>DIRECCIÓN</i> CALLE 43 SUR	

EMPLEO O CONTRATO			
<i>EMPRESA O ENTIDAD</i> HOSPITAL EL TUNAL ESE	<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> hospitaltunal.co.gov	
<i>TELÉFONOS</i> 0317693030	<i>FECHA DE INGRESO</i> DIA 1 MES 3 AÑO 2008		<i>FECHA DE RETIRO</i> DIA 16 MES 2 AÑO 2009
<i>CARGO O CONTRATO</i> INSTRUMENTADORA QUIRURGICA	<i>DEPENDENCIA</i> CIRUGIA	<i>DIRECCIÓN</i> CARRERA 20 N°42 SUR 47	

Firma electronica validador: null

38696

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 UCINCOOP		PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD ucincoop@hotmail.com		
TELÉFONOS 3126743219	FECHA DE INGRESO DIA <input type="text" value="1"/> MES <input type="text" value="2"/> AÑO <input type="text" value="2007"/>		FECHA DE RETIRO DIA <input type="text" value="31"/> MES <input type="text" value="12"/> AÑO <input type="text" value="2007"/>	
CARGO O CONTRATO INSTRUMENTADORA QUIRURGICA	DEPENDENCIA CIRUGIA	DIRECCIÓN CALLE 20 SUR		

EMPLEO O CONTRATO				
EMPRESA O ENTIDAD COOPREHABILITAR		PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD COPREHABILITAR@HOTMAIL.COM		
TELÉFONOS 3205639087	FECHA DE INGRESO DIA <input type="text" value="1"/> MES <input type="text" value="4"/> AÑO <input type="text" value="2003"/>		FECHA DE RETIRO DIA <input type="text" value="30"/> MES <input type="text" value="1"/> AÑO <input type="text" value="2007"/>	
CARGO O CONTRATO INSTRUMENTADORA QUIRURGICA	DEPENDENCIA CIRUGIA	DIRECCIÓN CALLE 45 C SUR		

EMPLEO O CONTRATO				
EMPRESA O ENTIDAD CLINICA SANTA BIBIANA		PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD CLINICASANTABIBIANA@HOTMAIL.COM		
TELÉFONOS 6466930	FECHA DE INGRESO DIA <input type="text" value="1"/> MES <input type="text" value="4"/> AÑO <input type="text" value="2002"/>		FECHA DE RETIRO DIA <input type="text" value="1"/> MES <input type="text" value="3"/> AÑO <input type="text" value="2004"/>	
CARGO O CONTRATO INSTRUMENTADORA QUIRURGICA	DEPENDENCIA SALAS DE CIRUGIA	DIRECCIÓN DIAG. 127 No. 16 A 27		

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



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	3
Pública	17	2
Total	23	5

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