



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente
E.S.E.



Última Actualización: 12-ago-2024

Fecha Validación: 19-ago-2024

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO VILLARRAGA	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) VILLARRAGA	NOMBRES STEPHANIE
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 1018509972	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 22 MES ENE AÑO 1999 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C.		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CL 54 A BIS 80 I 73 SUR PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 4760326 EMAIL stephaniedv9922@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
PRIMARIA					SECUNDARIA			MEDIA			Bachiller académico
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	FECHA DE GRADO
										<input checked="" type="checkbox"/>	MES DICIEMBRE AÑO 2015

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	No. SEMESTRES	GRADUADO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS		TERMINACIÓN		No. DE TARJETA
ACADÉMICA	APROBADOS	SI NO	O TÍTULO OBTENIDO		MES	AÑO	PROFESIONAL
Universitaria	9	X	ENFERMERIA		7	2020	34950

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
TOMA DE PRUEBAS RAPIDAS VIH - SIFILIS - HB	FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA	2024	60
ACLS CURSO SOPORTE VITAL AVANZADO	FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA	2023	120

Firma electronica validador: MARIA LORENA ROJAS VAN STRAHLEN 19/08/2024 12:59:41

1373193

Documento electrónico: fc896c8c12b0a624761cc44c4363a55ae2dba606620e6fefb3195b2f387245a2
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 Centro Oriente
E.S.E.



Última Actualización: 12-ago-2024

Fecha Validación: 19-ago-2024

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
BLS SOPORTE VITAL BASICO	FUNDACION NUESTRA SEÑORA DE LA	2023	48
ATENCION INTEGRAL A VICTIMAS DE	FUNDACION NUTRA SEÑORA DE LA	2023	80
B7 Uso Práctico de Analgésicos	Change Pain	2020	10
A4 Comunicación Enfermera Paciente	Change Pain	2020	10
B2 Principios Farmacológicos	Change Pain	2020	10
Cuidados de Enfermería en el Contexto de la	ACOEN	2020	30
ACLS Soporte Vital Cardiovascular Avanzado	Fundación Enfermeros Militares	2020	48
Stop the Bleed	American College of Surgeons y Fundación	2020	20
BLS Soporte Vital Cardiovascular Básico	Fundación de Enfermeros Militares	2020	20
Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el	Seguros Bolívar	2019	50

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	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
3849160	DÍA 17 MES 11 AÑO 2023		DÍA 16 MES 12 AÑO 2023
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
ENFERMERA	GPAISP	Calle 9 No. 39 – 46	

Firma electronica validador: MARIA LORENA ROJAS VAN STRAHLEN 19/08/2024 12:59:41

1373193

Documento electrónico: fc896c8c12b0a624761cc44c4363a55ae2dba606620e6fefb3195b2f387245a2
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 Centro Oriente
E.S.E.



Última Actualización: 12-ago-2024

Fecha Validación: 19-ago-2024

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 Centro Oriente E.S.E.	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	vivienda@subredcentrooriente.gov.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
3232828	DIA 4 MES 5 AÑO 2021		DIA 26 MES 3 AÑO 2023
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
ENFERMERA PROFESIONAL	ENTORNO CUIDADOR HOGAR	KR 12 D 26 A 62 SUR	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	th.saludpublica.centrooriente@gmail.com	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
3078181	DIA 25 MES 9 AÑO 2020		DIA 3 MES 5 AÑO 2021
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
ENFERMERA PROFESIONAL	SALUD PUBLICA	Carrera 3 A ESTE # 31C - 21 SUR	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Cundinamarca	Facatativá	No Reg	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
8901915	DIA 6 MES 10 AÑO 2017		DIA 23 MES 11 AÑO 2017
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Estudiante de Enfermería	P y D Pediatría	Facatativa, Cundinamarca	

Firma electronica validador: MARIA LORENA ROJAS VAN STRAHLEN 19/08/2024 12:59:41



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente
E.S.E.



Última Actualización: 12-ago-2024

Fecha Validación: 19-ago-2024

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 X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Cundinamarca	MUNICIPIO Facatativá	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD No Reg	
TELÉFONOS 8901915	FECHA DE INGRESO DÍA 10 MES 8 AÑO 2017	FECHA DE RETIRO DÍA 24 MES 11 AÑO 2017	
CARGO O CONTRATO Estudiante de Enfermería	DEPENDENCIA Pediatria	DIRECCIÓN Carrera 2 #1-80, San Rafael, Facatativá,	

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	10
Total	2	10



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente
E.S.E.



Última Actualización: 12-ago-2024

Fecha Validación: 19-ago-2024

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. - 12-ago-2024
Ciudad y fecha del diligenciamiento

Firma electrónica:
STEPHANIE VILLARRAGA VILLARRAGA 12/08/2024 11:47:03
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