



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.



Última Actualización: 22-jul-2026

Fecha Validación: 22-jul-2026

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO GRIJALBA	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) AGUIAR	NOMBRES ELIZABETH
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 1033801000	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NUMERO _____ D.M. _____		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 10 MES OCT AÑO 1977 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C.		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA KR 74 B BIS 49 A 21 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 2793895 EMAIL elizabethgrijalbaaguiar@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 BASICA											TITULO Bachiller				
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO				
1°.	2°.	3°.	4°.	5°.	6°.	7°.	8°.	9°.	10°.	11°.	MES	DICIEMBRE		AÑO	2014

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 2023	1033801000

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
Soporte Vital Básico - BLS / ACLS - Soporte	MEDISED INSTITUCIÓN DE EDUCACIÓN PARA	2025	60
Diplomado Seguridad del Paciente	Politécnico de Colombia	2016	120

Firma electrónica validador: MARIA CONSTANZA GARZON NIÑO 22/07/2026 14:30:39

1803079

Documento electrónico: 20a7327d12005236bde9660545b9857d129f95a8bbc639ea01bad65d5bdf0b8
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)

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.



Última Actualización: 22-jul-2026

Fecha Validación: 22-jul-2026

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
MEDERI LA CORPORACIÓN HOSPITALARIA JUAN CIUDAD		X	Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	notificaciones@mederi.com.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
7055999	DIA 7 MES 3 AÑO 2024		DIA 19 MES 11 AÑO 2025
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
ENFERMERA	HOSPITALIZACION	Calle 24 # 29-45 Bogotá, Colombia	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Clinica de Ojos		X	Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	dirtalentoh@clinojos.com	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
6512121	DIA 2 MES 9 AÑO 2019		DIA 14 MES 4 AÑO 2020
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Agente Call Center	Administrativo	Autopista Norte No. 95-54	

Firma electrónica validador: MARIA CONSTANZA GARZON NIÑO 22/07/2026 14:30:39

1803079

Documento electrónico: 20a7327d12005236bde9660545b9857d129f95a8bbc639ea01bad65d5bdf0b8
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)

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.



Última Actualización: 22-jul-2026

Fecha Validación: 22-jul-2026

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 de Ojos	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD dirtalentoh@clinojos.com	
TELÉFONOS 6512121	FECHA DE INGRESO DÍA 9 MES 2 AÑO 2017		FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 7 AÑO 2019
CARGO O CONTRATO Auxiliar de Programación de Cirugía	DEPENDENCIA Administrativo/ asistencial	DIRECCIÓN Autopista Norte No. 95-54	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Clinica de Ojos	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD dirtalentoh@clinojos.com	
TELÉFONOS 6512121	FECHA DE INGRESO DÍA 1 MES 4 AÑO 2016		FECHA DE RETIRO DÍA 30 MES 12 AÑO 2016
CARGO O CONTRATO Aprendiz de Enfermería	DEPENDENCIA Auxiliar de enfermería	DIRECCIÓN Autopista Norte No. 95-54	

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	5	6
Pública	0	0
Total	5	6

Firma electrónica validador: MARIA CONSTANZA GARZON NIÑO 22/07/2026 14:30:39

1803079

Documento electrónico: 20a7327d12005236bde9660545b9857d129f95a8bbc639ea01bad65d5bdf0b8
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)

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.



Última Actualización: 22-jul-2026

Fecha Validación: 22-jul-2026

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. - 22-jul-2026
Ciudad y fecha del diligenciamiento

Firma electrónica:
ELIZABETH GRIJALBA AGUIAR 22/07/2026 12:17:17
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.

Firma electrónica:

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Firma electrónica validador: MARIA CONSTANZA GARZON NIÑO 22/07/2026 14:30:39