



# FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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



Última Actualización: 03-oct-2025

Fecha Validación: 26-nov-2025

## 1 DATOS PERSONALES

|                                                                                                                                          |                                                                    |                                                                                                                                                                    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PRIMER APELLIDO<br>GARZÓN                                                                                                                | SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)<br>JARAMILLO                        | NOMBRES<br>NAIRIM LUCERITO                                                                                                                                         |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN<br>C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 1233512269 | SEXO<br>F <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/> | NACIONALIDAD<br>COL <input checked="" type="radio"/> EXTRANJERO <input type="radio"/>                                                                              |
| LIBRETA MILITAR<br>PRIMERA CLASE <input type="radio"/> SEGUNDA CLASE <input type="radio"/> NUMERO _____ D.M. _____                       |                                                                    |                                                                                                                                                                    |
| FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO<br>FECHA DIA 25 MES NOV AÑO 1999<br>PAÍS Colombia<br>DEPTO Bogotá D.C.<br>CIUDAD Bogotá D.C.                 |                                                                    | DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA<br>TV 12 C 42 31 SUR<br>PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.<br>CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3214492299<br>EMAIL ngarzonjaramillo@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      Básica Secundaria |           |  |     |      |  |
|------------------|-----|-----|-----|-----|------------|-----|-----|-----|-------|------|-------------------------------|-----------|--|-----|------|--|
| PRIMARIA         |     |     |     |     | SECUNDARIA |     |     |     | MEDIA |      | FECHA DE GRADO                |           |  |     |      |  |
| 1°.              | 2°. | 3°. | 4°. | 5°. | 6°.        | 7°. | 8°. | 9°. | 10°.  | 11°. | MES                           | NOVIEMBRE |  | AÑO | 2016 |  |

### OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto ORDEN CRONOLÓGICO:

| NOMBRE DEL CURSO                       | INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN | AÑO TERMINACIÓN | HORAS |
|----------------------------------------|--------------------------|-----------------|-------|
| Seguridad del paciente                 | SUBRED NORTE E.S.E       | 2022            | 40    |
| SOPORTE VITA BASICO, APH, VICTIMAS DE  | aforsalud                | 2021            | 188   |
| Auxiliar de enfermería                 | Fusdesa                  | 2018            | 1800  |
| TERAPIA RESPITARORIA,PRIMEROS AUXILIOS | AFORSALUD                | 2017            | 154   |

Firma electronica validador: MYRIAM EDITH MARTINEZ VERA 26/11/2025 14:43:20

1635454

Documento electrónico: 57f53504cefd3eba936cf089fcffac5a93360176aab9997b058a63add880102c  
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 1 de 3



# FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

ENTIDAD RECEPTORA

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



Última Actualización: 03-oct-2025

Fecha Validación: 26-nov-2025

## 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<br>Secretaría de Educación del Distrito | PÚBLICA<br>X                              | PRIVADA                                                          | PAÍS<br>Colombia |
| DEPARTAMENTO<br>Bogotá D.C.                               | MUNICIPIO<br>Bogotá D.C.                  | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD<br>Contactenos@educaciónbogota.edu.co |                  |
| TELÉFONOS<br>6013241000                                   | FECHA DE INGRESO<br>DIA 20 MES 5 AÑO 2022 | FECHA DE RETIRO<br>DIA 29 MES 11 AÑO 2024                        |                  |
| CARGO O CONTRATO<br>Prestación de servicios               | DEPENDENCIA<br>Si                         | DIRECCIÓN<br>Secretaria educación                                |                  |

| EMPLEO O CONTRATO                          |                                            |                                                                      |                  |
|--------------------------------------------|--------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|------------------|
| EMPRESA O ENTIDAD<br>TU ANGEL              | PÚBLICA                                    | PRIVADA<br>X                                                         | PAÍS<br>Colombia |
| DEPARTAMENTO<br>Bogotá D.C.                | MUNICIPIO<br>Bogotá D.C.                   | CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD<br>serviciosdeenfermeriatuangel@gmail.com |                  |
| TELÉFONOS<br>3228699548                    | FECHA DE INGRESO<br>DIA 18 MES 11 AÑO 2018 | FECHA DE RETIRO<br>DIA 10 MES 4 AÑO 2021                             |                  |
| CARGO O CONTRATO<br>Auxiliar de Enfermería | DEPENDENCIA<br>NO                          | DIRECCIÓN<br>calle 4 d # 67 18                                       |                  |

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 |

Firma electronica validador: MYRIAM EDITH MARTINEZ VERA 26/11/2025 14:43:20

1635454

Documento electrónico: 57f53504cefd3eba936cf089fcffac5a93360176aab9997b058a63add880102c  
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 2 de 3



# FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

ENTIDAD RECEPTORA

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



Última Actualización: 03-oct-2025

Fecha Validación: 26-nov-2025

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   | 2                     | 4     |
| Pública   | 2                     | 6     |
| Total     | 4                     | 11    |

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. - 03-oct-2025  
Ciudad y fecha del diligenciamiento

Firma electrónica: Lucerito garzon  
NAIRIM LUCERITO GARZON JARAMILLO 03/10/2025 15:03:52  
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: MYRIAM EDITH MARTINEZ VERA 26/11/2025 14:43:20

1635454

Documento electrónico: 57f53504cefd3eba936cf089fcffac5a93360176aab9997b058a63add880102c  
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 3 de 3