



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Hoja de vida sin validar



Última Actualización: 22-oct-2024

Fecha Validación: 22-oct-2024

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO MURCIA	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) CARDENAS	NOMBRES DIANA ANGELICA
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C ☒ C.E ☐ PAS ☐ No. 1015999750	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NUMERO _____ D.M _____		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 13 MES ENE AÑO 1987 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C.		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA KR 126 20 10 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 0000000 EMAIL jaret1325@hotmail.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	2002	

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
Formación técnica	3	X	TÉCNICO PROFESIONAL EN AUXILIAR SALUD PÚBLICA	12 2004	1015999750

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto orden cronológico:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
Administrar inmunobiologicos segun delegacion y	SENA	2021	20

Firma electronica validador: null

278501

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

Página 1 de 6



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Hoja de vida sin validar



Última Actualización: 22-oct-2024

Fecha Validación: 22-oct-2024

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 Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS Colombia	
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.		MUNICIPIO Bogotá D.C.				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD contactenos@subredsuroccidente.gov.co			
TELÉFONOS 3849160		FECHA DE INGRESO DÍA 1 MES 2 AÑO 2024				FECHA DE RETIRO DÍA 15 MES 10 AÑO 2024			
CARGO O CONTRATO 2404-2024		DEPENDENCIA vsp				DIRECCIÓN cl 9 39 46			

EMPLEO O CONTRATO									
EMPRESA O ENTIDAD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS Colombia	
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.		MUNICIPIO Bogotá D.C.				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD contactenos@subredsuroccidente.gov.co			
TELÉFONOS 3849160		FECHA DE INGRESO DÍA 1 MES 2 AÑO 2023				FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 1 AÑO 2024			
CARGO O CONTRATO 2763-2023		DEPENDENCIA VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA				DIRECCIÓN CL 9 39 46			

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



Última Actualización: 22-oct-2024

Fecha Validación: 22-oct-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 Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS Colombia	
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.		MUNICIPIO Bogotá D.C.				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD contactenos@subredsuroccidente.gov.co			
TELÉFONOS 3849160		FECHA DE INGRESO DIA 1 MES 2 AÑO 2022				FECHA DE RETIRO DIA 31 MES 1 AÑO 2023			
CARGO O CONTRATO AUXILIAR DE ENFERMERIA		DEPENDENCIA VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA				DIRECCIÓN CL 9 39 46			

EMPLEO O CONTRATO									
EMPRESA O ENTIDAD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS Colombia	
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.		MUNICIPIO Bogotá D.C.				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD contactenos@subredsuroccidente.gov.co			
TELÉFONOS 3849160		FECHA DE INGRESO DIA 1 MES 2 AÑO 2021				FECHA DE RETIRO DIA 31 MES 1 AÑO 2022			
CARGO O CONTRATO AUXILIAR DE ENFERMERIA		DEPENDENCIA VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA				DIRECCIÓN CL 9 39 46			

EMPLEO O CONTRATO									
EMPRESA O ENTIDAD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS Colombia	
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.		MUNICIPIO Bogotá D.C.				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD contactenos@subredsuroccidente.gov.co			
TELÉFONOS 3849160		FECHA DE INGRESO DIA 1 MES 2 AÑO 2020				FECHA DE RETIRO DIA 31 MES 1 AÑO 2021			
CARGO O CONTRATO AUXILIAR DE ENFERMERIA		DEPENDENCIA VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA				DIRECCIÓN CL 9 39 46			

Firma electronica validador: null

278501

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

Página 3 de 6



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

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

Hoja de vida sin validar



Última Actualización: 22-oct-2024

Fecha Validación: 22-oct-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 Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS Colombia	
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.		MUNICIPIO Bogotá D.C.				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD contactenos@subredsuroccidente.gov.co			
TELÉFONOS 3849160		FECHA DE INGRESO DIA 5 MES 3 AÑO 2019				FECHA DE RETIRO DIA 4 MES 5 AÑO 2019			
CARGO O CONTRATO AUXILIAR DE ENFERMERIA		DEPENDENCIA VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA				DIRECCIÓN CL 9 39 46			

EMPLEO O CONTRATO									
EMPRESA O ENTIDAD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS Colombia	
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.		MUNICIPIO Bogotá D.C.				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD contactenos@subredsuroccidente.gov.co			
TELÉFONOS 3849160		FECHA DE INGRESO DIA 1 MES 2 AÑO 2019				FECHA DE RETIRO DIA 3 MES 3 AÑO 2019			
CARGO O CONTRATO AUXILIAR DE ENFERMERIA		DEPENDENCIA VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA				DIRECCIÓN CL 9 39 46			

EMPLEO O CONTRATO									
EMPRESA O ENTIDAD SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS Colombia	
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.		MUNICIPIO Bogotá D.C.				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD puntosentradafonti@gmail.com			
TELÉFONOS 3754019		FECHA DE INGRESO DIA 1 MES 2 AÑO 2018				FECHA DE RETIRO DIA 31 MES 1 AÑO 2019			
CARGO O CONTRATO AUXILIAR DE ENFERMERIA		DEPENDENCIA VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA				DIRECCIÓN CL 9 39 46			

Firma electronica validador: null

278501

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

Página 4 de 6



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

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

Hoja de vida sin validar



Última Actualización: 22-oct-2024

Fecha Validación: 22-oct-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 HOSPITAL DE FONTIBON				PÚBLICA X		PRIVADA		PAÍS Colombia	
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.		MUNICIPIO Bogotá D.C.				CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD vspfontibon@gmail.com			
TELÉFONOS 4860033		FECHA DE INGRESO DIA 25 MES 7 AÑO 2012				FECHA DE RETIRO DIA 15 MES 8 AÑO 2016			
CARGO O CONTRATO AUXILIAR DE ENFERMERIA		DEPENDENCIA VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA				DIRECCIÓN KR 104 20 C 21			

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	10	0
Total	10	0

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



Última Actualización: 22-oct-2024

Fecha Validación: 22-oct-2024

5

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE SI NO X 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. – 22/10/2024

Ciudad y fecha del diligenciamiento

Firma electrónica: Diana Murcia Cardenas

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

278501

Documento electrónico: null

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 6 de 6