



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: 27-feb-2023

Fecha Validación: 28-feb-2023

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO MARTINEZ	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) PEREZ	NOMBRES NELLY JOHANNA
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 52755495	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 12 MES ENE AÑO 1982 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C.		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA calle 77 b bis 86 80 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 2241792 EMAIL dnanitamartinez@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 BACHILLER ACADEMICO			
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°.	2°.	3°.	4°.	5°.	6°.	7°.	8°.	9°.	10°.	11°.	MES	NOVIEMBRE	AÑO	1998

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	10	X	PSICOLOGIA	6 2008	126166

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
------------------	--------------------------	-----------------	-------



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: 27-feb-2023

Fecha Validación: 28-feb-2023

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			
CDI SEÑOR DE LOS MILAGROS DE BUGA		X	Colombia			
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD			
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.		cdi.smb2015@yahoo.es			
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO			FECHA DE RETIRO		
3017665312	DIA 2	MES 3	AÑO 2020	DIA 31	MES 12	AÑO 2020
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN			
Coordinadora	Administrativa		calle 63 sur 37 45			

EMPLEO O CONTRATO						
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS			
CDI SEÑOR DE LOS MILAGROS DE BUGA		X	Colombia			
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD			
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.		cdi.smb2015@yahoo.es			
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO			FECHA DE RETIRO		
3017665312	DIA 21	MES 1	AÑO 2019	DIA 6	MES 12	AÑO 2019
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN			
Coordinadora	ADMINISTRATIVA		calle 64 sur 71 15			

EMPLEO O CONTRATO						
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS			
CDI SEÑOR DE LOS MILAGROS DE BUGA		X	Colombia			
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD			
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.		cdi.smb2015@yahoo.es			
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO			FECHA DE RETIRO		
3017665312	DIA 22	MES 1	AÑO 2018	DIA 30	MES 11	AÑO 2018
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN			
Psicologa	Familia comunidad y redes		calle 64 sur 71 15			



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: 27-feb-2023

Fecha Validación: 28-feb-2023

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 CDI SEÑOR DE LOS MILAGROS DE BUGA	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD cdi.smb2015@yahoo.es	
TELÉFONOS 3017665312	FECHA DE INGRESO DIA 1 MES 2 AÑO 2017	FECHA DE RETIRO DIA 15 MES 12 AÑO 2017	
CARGO O CONTRATO Psicologa	DEPENDENCIA Familia comunidad y redes	DIRECCIÓN calle 64 a sur 71 15	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD CDI SEÑOR DE LOS MILAGROS DE BUGA	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD cdi.smb2015@yahoo.es	
TELÉFONOS 3017665312	FECHA DE INGRESO DIA 1 MES 3 AÑO 2016	FECHA DE RETIRO DIA 15 MES 12 AÑO 2016	
CARGO O CONTRATO psicologa	DEPENDENCIA familia comunidad y redes	DIRECCIÓN calle 64 a sur 71 15	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL DEL SUR E.S.E. (servicios y asesorias)	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD syabogota@serviasesorias.com.co	
TELÉFONOS 3155759578	FECHA DE INGRESO DIA 11 MES 5 AÑO 2009	FECHA DE RETIRO DIA 30 MES 5 AÑO 2012	
CARGO O CONTRATO profesional II	DEPENDENCIA salud publica hospital del sur	DIRECCIÓN carrera 6 46 23	



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.

sideap_{2.0}

Última Actualización: 27-feb-2023

Fecha Validación: 28-feb-2023

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	7	3
Pública	0	0
Total	7	3

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. - 27-feb-2023
Ciudad y fecha del diligenciamiento

Johanna Martínez
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