



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: 03-mar-2023

Fecha Validación: 06-mar-2023

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO Cardenas	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) Peña	NOMBRES Fernando
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 80126038	SEXO F ☐ M ☒	NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☒ SEGUNDA CLASE ☐ NUMERO 80126038 D.M #2		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 17 MES MAR AÑO 1982 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C.		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CL 47 B SUR 29 27 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3183788538 EMAIL fercapc.1982@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 academico				
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO				
1°.	2°.	3°.	4°.	5°.	6°.	7°.	8°.	9°.	10°.	11°.	MES	AGOSTO		AÑO	2000

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
Atencion Integral En Salud A Victimas De Violencia	INABTEC - RESCUE	2022	48
PRIMER RESPONDIENTE EN ATENCIÓN A	INABTEC-RESCUE	2022	48
Curso de soporte vital basico	V&F SST SAS	2021	30
Curso de soporte vital avanzado	V&F SST SAS	2021	48
Tecnico auxiliar de enfermeria	Escuela de salud fusdesa	2003	1800



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: 03-mar-2023

Fecha Validación: 06-mar-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
inglés	X			X			X		

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 E.S.E.	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD www.subredsur.gov.co	
TELÉFONOS 7428585	FECHA DE INGRESO DIA 15 MES 2 AÑO 2019		FECHA DE RETIRO DIA MES AÑO
CARGO O CONTRATO Auxiliar de enfermería	DEPENDENCIA Aph	DIRECCIÓN Carrera 20 # 47 b 35 sur	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD contratacion@subrednorte.gov.co	
TELÉFONOS 3499080	FECHA DE INGRESO DIA 1 MES 6 AÑO 2013		FECHA DE RETIRO DIA 30 MES 6 AÑO 2017
CARGO O CONTRATO Auxiliar de enfermería	DEPENDENCIA Ambulancias aph	DIRECCIÓN calle 66 # 15-41	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Vid medica	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD vidmedicaltda@hotmail.com	
TELÉFONOS 4301583	FECHA DE INGRESO DIA 1 MES 2 AÑO 2013		FECHA DE RETIRO DIA 30 MES 4 AÑO 2013
CARGO O CONTRATO Auxiliar de enfermería	DEPENDENCIA Ambulancias aph	DIRECCIÓN Diagonal 85 # 85 a 09	



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: 03-mar-2023

Fecha Validación: 06-mar-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 Transporte ambulatorio medico	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD www.transporteambulatoriomedico.com	
TELÉFONOS 7444014	FECHA DE INGRESO DÍA 13 MES 10 AÑO 2011		FECHA DE RETIRO DÍA 30 MES 12 AÑO 2012
CARGO O CONTRATO Auxiliar de enfermeria	DEPENDENCIA Ambulancias aph	DIRECCIÓN calle 140 # 19-40	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Clinica retornar	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD clinicaretornar@yahoo.es	
TELÉFONOS 6115616	FECHA DE INGRESO DÍA 1 MES 11 AÑO 2007		FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 1 AÑO 2009
CARGO O CONTRATO Auxiliar de enfermeria	DEPENDENCIA urgencias-agudos-intermedios	DIRECCIÓN Autopista norte # 87-33	

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	8
Pública	8	1
Total	10	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 Norte E.S.E.



Última Actualización: 03-mar-2023

Fecha Validación: 06-mar-2023

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-mar-2023
Ciudad y fecha del diligenciamiento

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