



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: 16-ene-2025

Fecha Validación: 20-ene-2025

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO RAMOS	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) LAVERDE	NOMBRES HEIDY LORENA
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 1022977307	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 30 MES MAY AÑO 1992 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C.		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA TV 13C BIS C 100R sur SUR PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 31148606067 EMAIL heidy26551@yahoo.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
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	bachiller académico
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	FECHA DE GRADO
										<input checked="" type="checkbox"/>	MES DICIEMBRE AÑO 2009

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
Tecnológica	4	X	TECNOLOGÍA EN ACTIVIDAD FÍSICA	4 2016	

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto orden cronológico:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
soporte vital basico	capacitaciones s.os	2024	20
victimias de violencia sexual	educación tecnológica CET	2024	40

Firma electronica validador: ANA TATIANA QUINTANA TORRES 20/01/2025 08:03:23

1476657

Documento electrónico: ed63139181bd5d3efd6935af77d22ce7f5a7063de2767f89cfa348eeb0b1070
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: 16-ene-2025

Fecha Validación: 20-ene-2025

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto Orden Cronológico:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
laboratorio clinico	instituto fundesa	2020	20
acciones basicas para la atencion de una prsona	sena	2019	40
auxiliar de enfermería	instituto colombiano de aprendizaje incap	2011	40

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
español (o castellano)		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	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
hospital la misericordia		X	Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	atenciontrabajador.col@adecco.com	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
6015169494	DIA 22 MES 9 AÑO 2021		DIA 11 MES 4 AÑO 2024
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
auxiliar de enfermeria	0	Av. caracas# 1 -65	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
GEHUTEM..SAS CLINICA LA FONT		X	Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	gehutempsas@gmail.com	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
7032988	DIA 17 MES 2 AÑO 2020		DIA 19 MES 3 AÑO 2020
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
auxiliar de enfermeria	NO	carrera19#79a 05	

Firma electronica validador: ANA TATIANA QUINTANA TORRES 20/01/2025 08:03:23

1476657

Documento electrónico: ed63139181bd5d3efd6935af77d22ce7f5a7063de2767f89cfa348eeb0b1070
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: 16-ene-2025

Fecha Validación: 20-ene-2025

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 REHABILITAMOS LIMITADA S.AS	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD no hay	
TELÉFONOS 6169363	FECHA DE INGRESO DÍA 2 MES 8 AÑO 2016	FECHA DE RETIRO DÍA 23 MES 6 AÑO 2018	
CARGO O CONTRATO auxiliar de enfermería en terapia	DEPENDENCIA asistencial	DIRECCIÓN av 19#102 53	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD APA AMBULANCIAS DE PRIMEROS AUXILIOS	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD ambulanciasprimerosauxilios@yahoo.com	
TELÉFONOS 2770977	FECHA DE INGRESO DÍA 17 MES 2 AÑO 2014	FECHA DE RETIRO DÍA 17 MES 2 AÑO 2015	
CARGO O CONTRATO auxiliar de primeros auxilios	DEPENDENCIA asistencial	DIRECCIÓN carrera32B N 2-43	

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 electronica validador: ANA TATIANA QUINTANA TORRES 20/01/2025 08:03:23

1476657

Documento electrónico: ed63139181bd5d3efd6935af77d22ce7f5a7063de2767f89cfa348eeb0b1070
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: 16-ene-2025

Fecha Validación: 20-ene-2025

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. - 16-ene-2025
Ciudad y fecha del diligenciamiento

Firma electrónica:
HEIDY LORENA RAMOS LAVERDE 16/01/2025 10:53:14
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: ANA TATIANA QUINTANA TORRES 20/01/2025 08:03:23

1476657

Documento electrónico: ed63139181bd5d3efd6935af77d22ce7f5a7063de2767f89cfa348eeb0b1070
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 4 de 4