



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: 18-feb-2025

Fecha Validación: 24-feb-2025

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO MORALES	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) AGUDELO	NOMBRES DEYSY YURANY
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 43992857	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 24 MES SEP AÑO 1984 PAÍS Colombia DEPTO Antioquia CIUDAD Medellín		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA KR 5b 127a 62 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 30543427 EMAIL yurany2008@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 académico	
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	FECHA DE GRADO	
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES JULIO	AÑO 2018

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
UCI ADULTOS	INABTEC RESCUE	2020	60
ATENCION PRE HOSPITALARIA	INABTEC RESCUE	2019	60
CLINICA DE HERIDAS	INABTEC RESCUE	2019	10
PRIMEROS AUXILIOS	ANSAVID	2019	40
ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS	INABTEC RESCUE	2019	40

Firma electronica validador: ANA TATIANA QUINTANA TORRES 24/02/2025 14:47:34

1512616

Documento electrónico: f53d4069df27de1351da55d6c54b60349e367e3bf7d6cdbe115d2792f8094f1b
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: 18-feb-2025

Fecha Validación: 24-feb-2025

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
PROMOCION Y PREVENCION	INABTEC RESCUE	2019	20
TECNICA AUXILIAR EN ENFERMERIA	CORPORACION TECNICA EMPRESARIAL PARA	2019	1800
PAI	INABTEC RECUE	2019	48

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
los cobos medical center		X	Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	notificaciones@loscobosmc.com	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
7457581	DIA 5 MES 9 AÑO 2023		DIA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
auxiliar enfermeria urgencias hx	urgencias hx	cr9#134a40	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
reina sofia		X	Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	colsanitas@keralty.com	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
6466060	DIA 9 MES 9 AÑO 2021		DIA 1 MES 2 AÑO 2022
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
auxiliar enfermeria	auxiliar enfermeria uci	c1100#11b67	

Firma electronica validador: ANA TATIANA QUINTANA TORRES 24/02/2025 14:47:34

1512616

Documento electrónico: f53d4069df27de1351da55d6c54b60349e367e3bf7d6cdbe115d2792f8094f1b
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: 18-feb-2025

Fecha Validación: 24-feb-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 Agencia de salud villa de guadalupe	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD Certificadosenlinea@solucionesinmediatassecuryti.com	
TELÉFONOS 9160008	FECHA DE INGRESO DÍA 20 MES 7 AÑO 2019		FECHA DE RETIRO DÍA 5 MES 6 AÑO 2020
CARGO O CONTRATO Auxiliar de enfermería	DEPENDENCIA Hospital militar	DIRECCIÓN Av boyaca #43c64	

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	0	0
Total	2	8

Firma electronica validador: ANA TATIANA QUINTANA TORRES 24/02/2025 14:47:34

1512616

Documento electrónico: f53d4069df27de1351da55d6c54b60349e367e3bf7d6cdbe115d2792f8094f1b
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: 18-feb-2025

Fecha Validación: 24-feb-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. - 18-feb-2025
Ciudad y fecha del diligenciamiento

Firma electrónica:
DEYSY YURANY MORALES AGUDELO 18/02/2025 13:20:24
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