



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: 26-mar-2025

Fecha Validación: 28-mar-2025

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO Daza	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) LOPEZ	NOMBRES ASTRID CAROLINA
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 1016080223	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NUMERO D.M.		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 5 MES SEP AÑO 1995 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C.		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA carrera 2 este # 24 - 11 PAÍS Colombia DEPTO Cundinamarca CIUDAD Soacha TELEFONO 3107880623 EMAIL aastriddaza@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 BASICA											TITULO Bachiller académico					
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO					
1°.	2°.	3°.	4°.	5°.	6°.	7°.	8°.	9°.	10°.	11°.	MES	DICIEMBRE		AÑO	2014	

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	No. SEMESTRES	GRADUADO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS		TERMINACIÓN		No. DE TARJETA
ACADÉMICA	APROBADOS	SI NO	O TÍTULO OBTENIDO		MES	AÑO	PROFESIONAL
Universitaria	8	X	ENFERMERIA		12	2019	1016080223

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
ATENCIÓN INTEGRAL VICTIMAS VIOLENCIA	MEDICALL TALENTO HUMANO	2020	40
SOPORTE VITAL AVANZADO (ACLS)	FUMEFI SAS	2020	40

Firma electronica validador: LUZ STELLA CASTIBLANCO CORTES 28/03/2025 16:05:22

1537138

Documento electrónico: 47baedcfa120793cd0e8693e2facd3e994833e72bd2f19b0019022420d084f58
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: 26-mar-2025

Fecha Validación: 28-mar-2025

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
TECNICO LABORAL POR COMPETENCIAS	FUSDESA	2013	1800

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 CLINICA MEDICAL SAS	PÚBLICA ☐	PRIVADA ☒	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD coor.comunicaciones@clinicamedical.com.co	
TELÉFONOS 6017442565	FECHA DE INGRESO DIA 29 MES 11 AÑO 2024		FECHA DE RETIRO DIA 24 MES 1 AÑO 2025
CARGO O CONTRATO TERMINO FIJO	DEPENDENCIA ENFERMERIA	DIRECCIÓN CALLE 36 A SUR # 77-33	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD CLINICA REINA SOFIA	PÚBLICA ☐	PRIVADA ☒	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD NJSILVA@KERALTY.COM	
TELÉFONOS 3133503597	FECHA DE INGRESO DIA 19 MES 6 AÑO 2024		FECHA DE RETIRO DIA 20 MES 10 AÑO 2024
CARGO O CONTRATO TERMINO FIJO	DEPENDENCIA ENFERMERIA	DIRECCIÓN AVENIDA CALLE 127 # 20-78	

Firma electronica validador: LUZ STELLA CASTIBLANCO CORTES 28/03/2025 16:05:22



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: 26-mar-2025

Fecha Validación: 28-mar-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 hospital universitario san jose infantil	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD alexis.martinez@medicallth.com	
TELÉFONOS 3202729741	FECHA DE INGRESO DÍA 19 MES 10 AÑO 2020		FECHA DE RETIRO DÍA 3 MES 3 AÑO 2021
CARGO O CONTRATO enfermera profesional	DEPENDENCIA enfermería	DIRECCIÓN cra 52 # 67a - 71	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD ufaphnorte@gmail.com	
TELÉFONOS 4413019	FECHA DE INGRESO DÍA 8 MES 3 AÑO 2018		FECHA DE RETIRO DÍA 30 MES 4 AÑO 2020
CARGO O CONTRATO AUXILIAR DE ENFERMERIA	DEPENDENCIA AMBULANCIAS APH	DIRECCIÓN CLL 66 # 15 -41	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Cecaems	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD Cecaems@gmail.com	
TELÉFONOS 3115758186	FECHA DE INGRESO DÍA 1 MES 8 AÑO 2016		FECHA DE RETIRO DÍA 15 MES 3 AÑO 2017
CARGO O CONTRATO Auxiliar de enfermería	DEPENDENCIA Enfermería	DIRECCIÓN Calle 22k #103a - 93	

Firma electronica validador: LUZ STELLA CASTIBLANCO CORTES 28/03/2025 16:05:22

1537138

Documento electrónico: 47baedcfa120793cd0e8693e2facd3e994833e72bd2f19b0019022420d084f58
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: 26-mar-2025

Fecha Validación: 28-mar-2025

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	1	5
Pública	2	1
Total	3	7

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 50. DE LA LEY 190/95).

Bogotá D.C. - 26-mar-2025
Ciudad y fecha del diligenciamiento

Firma electrónica:
ASTRID CAROLINA DAZA LOPEZ 26/03/2025 21:47:30
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: LUZ STELLA CASTIBLANCO CORTES 28/03/2025 16:05:22

1537138

Documento electrónico: 47baedcfa120793cd0e8693e2facd3e994833e72bd2f19b0019022420d084f58
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 4 de 4