



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: 07-mar-2025

Fecha Validación: 18-mar-2025

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO FERNANDEZ	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) ORTIZ	NOMBRES KAREN JULIETH
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 1010179197	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NUMERO _____ D.M. _____		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 14 MES OCT AÑO 1988 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C.		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CL 25 8 este 161 PAÍS Colombia DEPTO Cundinamarca CIUDAD Cajicá TELEFONO 6014136127 EMAIL karenfernandez0214@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	DICIEMBRE	AÑO	2005

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
Maestría	4	X	MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA	7 2016	
Universitaria	8	X	ENFERMERIA	12 2011	37835

Firma electronica validador: ANA TATIANA QUINTANA TORRES 18/03/2025 18:55:13

1526478

Documento electrónico: 8d51df066c534f62f1682c4f02d136ab6553338468e7d89311280e36eb22aa2a
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 1 de 5



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: 07-mar-2025

Fecha Validación: 18-mar-2025

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto orden cronológico:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
Ruta institucional para manejo de coronavirus	SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD	2020	8
PRUEBAS RAPIDAS VIH-SIFILIS	Secretaria Distrital de Salud	2019	16
JORNADA DE SENSIBILIZACION EN	SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD	2013	20
INSERCIÓN Y RETIRO DE IMPLANTE	IMPLANON NXT	2013	24
CAPACITACION MONITOREO HEMODINAMICO	UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA	2012	16
DIPLOMADO LIDERAZGO Y GESTION DEL	FUNDACION UNIVERSITARIA SANITAS	2011	120

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	
francés		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
Organización Internacional para las migraciones - OPS Fundación Sinergia y			X	Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
Cundinamarca	Chía	ksantacruz@iom.int		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO	
3228122819	DÍA 21 MES 1 AÑO 2023		DÍA 31 MES 1 AÑO 2025	
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN		
Enfermera territorial Bogotá	Migración y salud	Cra. 3 #19 75, Chía, Cundinamarca		

Firma electronica validador: ANA TATIANA QUINTANA TORRES 18/03/2025 18:55:13

1526478

Documento electrónico: 8d51df066c534f62f1682c4f02d136ab6553338468e7d89311280e36eb22aa2a
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 2 de 5



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: 07-mar-2025

Fecha Validación: 18-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	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	programas@subredcentrooriente.gov.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
3444484	DÍA 16 MES 6 AÑO 2020		DÍA 20 MES 1 AÑO 2023
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Referente Salud sexual y reproductiva	GPAISP	DG 34 #5- 43	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Capital Salud EPS		X	Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	coorsaludpublica@capitalsalud.gov.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
3265410	DÍA 5 MES 12 AÑO 2019		DÍA 5 MES 6 AÑO 2020
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Profesional especializado en Salud Publica	Salud Publica	Carrera 30 No. 45 A -52	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS
Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	convenios@subredcentrooriente.gov.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
3444484	DÍA 1 MES 4 AÑO 2019		DÍA 31 MES 8 AÑO 2019
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
PROFESIONAL ESPECIALIZADO -SALUD	Gestion del Riesgo	Diagonal 34 No. 5-43	

Firma electronica validador: ANA TATIANA QUINTANA TORRES 18/03/2025 18:55:13

1526478

Documento electrónico: 8d51df066c534f62f1682c4f02d136ab6553338468e7d89311280e36eb22aa2a
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 3 de 5



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: 07-mar-2025

Fecha Validación: 18-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 UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Santander	MUNICIPIO Bucaramanga	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 6344000	FECHA DE INGRESO DÍA 8 MES 9 AÑO 2017	FECHA DE RETIRO DÍA 30 MES 6 AÑO 2018	
CARGO O CONTRATO SEGUIMIENTO A GESTANTES DEL	DEPENDENCIA CENTRO DE INVESTIGACIONES	DIRECCIÓN CR 27 - CL 9	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 2091480 EXT 9070 ,	FECHA DE INGRESO DÍA 5 MES 9 AÑO 2016	FECHA DE RETIRO DÍA 26 MES 8 AÑO 2017	
CARGO O CONTRATO REF TRANSMISIBLES	DEPENDENCIA SALUD PUBLICA	DIRECCIÓN KR 7A 30D 44 SUR	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE E.S.E	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS 596 66 00	FECHA DE INGRESO DÍA 3 MES 9 AÑO 2012	FECHA DE RETIRO DÍA 29 MES 7 AÑO 2016	
CARGO O CONTRATO REFERENTE CRONICOS Y CANCER DE	DEPENDENCIA SALUD PUBLICA	DIRECCIÓN KR 12G 22B 11 SUR	

Firma electronica validador: ANA TATIANA QUINTANA TORRES 18/03/2025 18:55:13

1526478

Documento electrónico: 8d51df066c534f62f1682c4f02d136ab6553338468e7d89311280e36eb22aa2a
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 4 de 5



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: 07-mar-2025

Fecha Validación: 18-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	2	6
Pública	8	8
Total	11	2

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. - 07-mar-2025
Ciudad y fecha del diligenciamiento

Firma electrónica:
KAREN JULIETH FERNANDEZ ORTIZ 07/03/2025 13:40:41
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 18/03/2025 18:55:13

1526478

Documento electrónico: 8d51df066c534f62f1682c4f02d136ab6553338468e7d89311280e36eb22aa2a
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 5 de 5