



# 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: 08-may-2025

Fecha Validación: 12-may-2025

## 1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO GARCIA	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) FERNANDEZ	NOMBRES DANA LORENA
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 1003381664	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 ABR AÑO 2003 PAÍS Colombia DEPTO Cesar CIUDAD Valledupar		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA KR 79 C 41 A 46 SUR CA 3 Pisos PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3008391871 EMAIL garciafernandez3003@outlook.es

## 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 academico		
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA		FECHA DE GRADO	
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES JUNIO	AÑO 2019	

### OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
AUXILIAR DE ENFERMERIA POR COMPETENCIA	ESCUELA DE CAPACITACION DE COLOMBIA-	2024	13140

Firma electronica validador: LUZ STELLA CASTIBLANCO CORTES 12/05/2025 15:51:51

1552919

Documento electrónico: d941864679970ad21256f3a73f4b74e30e2ec5057b3ae3d71daece30df513163  
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 1 de 3



# 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: 08-may-2025

Fecha Validación: 12-may-2025

## 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 TANIA	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD S.Ocupacional@serviciosyaserorias.com	
TELÉFONOS 3009108957	FECHA DE INGRESO DIA 17 MES 2 AÑO 2025	FECHA DE RETIRO DIA 17 MES 3 AÑO 2025	
CARGO O CONTRATO OBRA O LABOR	DEPENDENCIA NO	DIRECCIÓN CENTRO COMERCIAL MALL PLAZA	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SIMON BOLIBAR	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD CONTACTO@FUNCA.EDU.CO	
TELÉFONOS 3023147693	FECHA DE INGRESO DIA 12 MES 10 AÑO 2024	FECHA DE RETIRO DIA 6 MES 11 AÑO 2024	
CARGO O CONTRATO PRACTICAS	DEPENDENCIA NO	DIRECCIÓN HOSPITAL SOMON BOLIBAR	

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

Firma electronica validador: LUZ STELLA CASTIBLANCO CORTES 12/05/2025 15:51:51

1552919

Documento electrónico: d941864679970ad21256f3a73f4b74e30e2ec5057b3ae3d71daece30df513163  
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 2 de 3



# 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: 08-may-2025

Fecha Validación: 12-may-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	0	1
Pública	0	0
Total	0	1

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. - 08-may-2025  
Ciudad y fecha del diligenciamiento

Firma electrónica:  
DANA LORENA GARCIA FERNANDEZ 08/05/2025 17:21:29  
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 12/05/2025 15:51:51

1552919

Documento electrónico: d941864679970ad21256f3a73f4b74e30e2ec5057b3ae3d71daece30df513163  
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 3 de 3