



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: 05-ene-2025

Fecha Validación: 20-ene-2025

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO FRAILE	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) RODRIGUEZ	NOMBRES DENNIS JOHANNA
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 1019102558	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NUMERO _____ D.M. _____		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 27 MES NOV AÑO 1994 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C.		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA calle 140c #103f -62 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3152933074 EMAIL jhoanitafraile@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					
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	FECHA DE GRADO					
1°.	2°.	3°.	4°.	5°.	6°.	7°.	8°.	9°.	10°.	11°.	MES	DICIEMBRE		AÑO	2013	

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto orden cronológico:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
Atencion victimas de violencia sexual	Asociacion Ajudisp	2024	20
Primeros Auxilios	AJUDISP	2021	20
P.A.I.	AJUDISP	2021	20
ATENCION INTEGRAL EN SALUD A VICTIMAS	INTERLAV S.O.S	2021	40
ACCIONES DE CUIDADO COVID 19	SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD	2021	48

Firma electronica validador: ANA TATIANA QUINTANA TORRES 20/01/2025 20:58:20

1462203

Documento electrónico: c75154511136f2668122b848abe9cc4421d5c8bf6c515d637820a7d2de8b884b
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: 05-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
Reconocimiento en ambulancia Medicalizada	INSCAP	2019	10
Soporte vital Basico	INSCAP	2019	20
Toma de Muestras	Capacitación S.O.S	2019	20
Auxiliar de Enfermería	fundetsalud	2018	1600
Actualizacion en APH	INSCAP	2018	10

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
Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	selecciongrrsubrednorte@gmail.com	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
4431790	DIA 27 MES 8 AÑO 2024		DIA 30 MES 11 AÑO 2024
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
promotora de bienestar	Gestion de riesgo	CI 75 05-69H	

Firma electronica validador: ANA TATIANA QUINTANA TORRES 20/01/2025 20:58:20

1462203

Documento electrónico: c75154511136f2668122b848abe9cc4421d5c8bf6c515d637820a7d2de8b884b
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: 05-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		PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS	
Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.		X		Colombia	
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.		selecciongrrsubrednorte@gmail.com		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO		
4431790	DIA 25	MES 1 AÑO 2023	DIA 26	MES 7	AÑO 2024
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN		
promotor de bienestar	Gestion de riesgo		CI 75 05-69H		

EMPLEO O CONTRATO					
EMPRESA O ENTIDAD		PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS	
Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.		X		Colombia	
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.		infoprogramasrednorte@gmail.com		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO		
4431790	DIA 21	MES 1 AÑO 2022	DIA	MES	AÑO
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN		
Promotora de Bienestar	Gestion de Riesgo		CL 75 69H-05		

EMPLEO O CONTRATO					
EMPRESA O ENTIDAD		PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS	
Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.		X		Colombia	
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO		CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD		
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.		infoprogramasrednorte@gmail.com		
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO		
4431790	DIA 18	MES 8 AÑO 2020	DIA 31	MES 10	AÑO 2021
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA		DIRECCIÓN		
AUXILIAR DE ENFERMERIA	PAI		CL 66 15- 41		

Firma electronica validador: ANA TATIANA QUINTANA TORRES 20/01/2025 20:58:20

1462203

Documento electrónico: c75154511136f2668122b848abe9cc4421d5c8bf6c515d637820a7d2de8b884b
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: 05-ene-2025

Fecha Validación: 20-ene-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	0
Pública	4	2
Total	4	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. - 05-ene-2025
Ciudad y fecha del diligenciamiento

Firma electrónica:
DENNIS JOHANNA FRAILE RODRIGUEZ 05/01/2025 23:55:58
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 20:58:20

1462203

Documento electrónico: c75154511136f2668122b848abe9cc4421d5c8bf6c515d637820a7d2de8b884b
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 4 de 4