



# 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: 24-may-2025

Fecha Validación: 05-jun-2025

## 1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO PEREZ	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) BARRETO	NOMBRES HILDA SUSANA
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 1033685414	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 9 MES MAR AÑO 1987 PAÍS Colombia DEPTO Cundinamarca CIUDAD Soacha		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA KR 3138178 TO 22 PAÍS Colombia DEPTO Cundinamarca CIUDAD Soacha TELEFONO 3204098093 EMAIL anasuspink@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 tecnico			
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA		FECHA DE GRADO		
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	DICIEMBRE	AÑO	2003

### OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
auxiliar de enfermeria	fusdesa	2020	1800

Firma electronica validador: MARIA CONSTANZA GARZON NIÑO 05/06/2025 19:59:04

1558081

Documento electrónico: e9bca42d035b3d4f73cc1bfe443dd682bac884b68bd169acfe3cb12eca8a301c  
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: 24-may-2025

Fecha Validación: 05-jun-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 ESTRUCTURA CRONOLÓGICA COMENZANDO POR EL ACTUAL

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD anasusperez662@gmail.com	
TELÉFONOS 3204098093	FECHA DE INGRESO DIA 9 MES 10 AÑO 2023	FECHA DE RETIRO DIA 31 MES 10 AÑO 2024	
CARGO O CONTRATO Auxiliar de enfermería	DEPENDENCIA emterritorio	DIRECCIÓN Pablo sexto	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD colsubsidio	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD servicioCliente.serviciosCompartidos@colsubsidio.com	
TELÉFONOS 7447525	FECHA DE INGRESO DIA 14 MES 8 AÑO 2019	FECHA DE RETIRO DIA 13 MES 1 AÑO 2020	
CARGO O CONTRATO auxiliar en salud publica	DEPENDENCIA administrativo	DIRECCIÓN ac 216 n 24-34	

## 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: MARIA CONSTANZA GARZON NIÑO 05/06/2025 19:59:04

1558081

Documento electrónico: e9bca42d035b3d4f73cc1bfe443dd682bac884b68bd169acfe3cb12eca8a301c  
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: 24-may-2025

Fecha Validación: 05-jun-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	5
Pública	1	0
Total	1	5

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

Firma electrónica:  
HILDA SUSANA PEREZ BARRETO 24/05/2025 11:34:13  
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: MARIA CONSTANZA GARZON NIÑO 05/06/2025 19:59:04

1558081

Documento electrónico: e9bca42d035b3d4f73cc1bfe443dd682bac884b68bd169acfe3cb12eca8a301c  
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 3 de 3