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.

Sideap 2.0

Última Actualización: 30-jun-2025

Fecha Validación: 04-jul-2025

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
PATARROYO	ARIAS	YUDY ANDREA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	SEXO	NACIONALIDAD
C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 53071270	F (X) M ( )	COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NUMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 27 MES MAR AÑO 1984

PAÍS Colombia

DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

KR 101 69 26

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3024637301

EMAIL valerius2904@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 COMERCIAL CON ENFASIS
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO
1°.	2°.	3°.	4°.	5°.	6°.	7°.	8°.	9°.	10°.	11°.	MES DICIEMBRE AÑO 2001
										X	

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
CENTRAL DE ESTERILIZACION	ADJUDISP	2024	20
ATENCION A VICTIMAS ATACADAS CON ACIDO	ADJUDISP	2024	40
PRIMEROS AUXILIOS	ARL SEGUROS BOLIVAR	2024	3
SOPORTE VITAL BASICO	UNIVERSIDAD SAN MARTIN	2023	24
CIRCULANTE DE SALAS DE CIRUGIA	ADJUDISP	2023	40

Firma electronica validador: MARIA CONSTANZA GARZON NIÑO 04/07/2025 09:37:33

Documento electrónico: f5ff5a2c7f01e3387c2a56c50d508cbd24cbdc620b8b9852d39674427119240d

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

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	*INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN*	*AÑO TERMINACIÓN*	*HORAS*
SOPORTE VITAL AVANZADO	AJUDISP	2023	40
TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO	AJUDISP	2022	40
ATENCION INTEGRAL A VICTIMAS DE	AJUDISP	2022	40
SOPORTE VITAL BASICO	AJUDISP	2022	60
UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVOS UCI	AJUDISP	2022	160
VACUNACION COVID 19	ASOCIACION AJUDISP	2021	20
ATENCION A PACIENTE VICTIMA POR	ANGELES DE LA SALUD	2021	40
SOPORTE VITAL BASICO	ANGELES DE LA SALUD	2020	40
SOPORTE VITAL BASICO	ANGELES DE LA SALUD	2020	40
ATENCION A VICTIMAS DE LA VIOLENCIA	ANGELES DE LA SALUD	2020	40
IAMI	SUBRED CENTRO ORIENTE	2019	30
TOMA DE MUESTRAS	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS CENTRO	2019	4
TECNICO EN ENFERMERIA	SENA	2017	2640

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 CLINICA AZUL -SANTA MONICA	*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	*MUNICIPIO* Bogotá D.C.		*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* JeimmyMP@cienogroup.com
TELÉFONOS 3138122440	*FECHA DE INGRESO* DIA 1 MES 10 AÑO 2024		*FECHA DE RETIRO* DIA 9 MES 12 AÑO 2024
CARGO O CONTRATO AUXILIAR DE HEMODINAMIA	*DEPENDENCIA* ENFERMERIA		*DIRECCIÓN* CARRERA 49D 91 33

Firma electronica validador: MARIA CONSTANZA GARZON NIÑO 04/07/2025 09:37:33

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*
FUNDACION EGE TOTAL		X	Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	COORDINACIONADMINISTRATIVA@FUNDACIONEG

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
6013379149	DIA 18 MES 9 AÑO 2023	DIA 20 MES 8 AÑO 2024

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
AUXILIAR DE ENFERMERIA UCIA	MEDICA	CRA 5 79 26

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
CLINICA UNIVERSITARIA COLOMBIA		X	Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	cuceducacionenfermeria2@gmail.com

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
6466060	DIA 3 MES 9 AÑO 2022	DIA 2 MES 2 AÑO 2023

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
AUXILIAR DE ENFERMERIA	UCI	CLINICA COLOMBIA

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	opsseleccion@subredsuroccidente.gov.co>

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3374739	DIA 7 MES 6 AÑO 2021	DIA 18 MES 10 AÑO 2023

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
AUXILIAR DE ENFERMERIA UCIA	UCI	HOSPITAL DE KENNEDY

Firma electronica validador: MARIA CONSTANZA GARZON NIÑO 04/07/2025 09:37:33

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.	seleccion@subrednorte,gov,co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
4431790	DIA 10 MES 1 AÑO 2021	DIA 30 MES 6 AÑO 2022

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
AUXILIAR DE ENFERMERA	ENFERMERIA	HOSPITAL DE ENGATIVA

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.	seleccionth@subredcentrooriente.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
3045952563	DIA 19 MES 3 AÑO 2019	DIA 15 MES 9 AÑO 2020

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
AUXILIAR DE ENFERMERIA	ENFERMERIA	AV CARACAS 33A-11

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
SISTEMAS DE TERAPIA RESPIRATORIA STR		X	Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	gestormrc@gmail.com

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
5282227	DIA 24 MES 4 AÑO 2018	DIA 11 MES 10 AÑO 2018

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
GESTORA MRC AUXILIAR DE	COORDINACION DE ENFERMERIA	CALLE 134 BIS 18-44

Firma electronica validador: MARIA CONSTANZA GARZON NIÑO 04/07/2025 09:37:33

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.

Sideap 2.0

Última Actualización: 30-jun-2025

Fecha Validación: 04-jul-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*
VIRREY SOLIS IPS		X	Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	info@virreysolisips.com

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
7488770	DIA 24 MES 5 AÑO 2016	DIA 16 MES 10 AÑO 2017

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
PRACTICANTE AUXILIAR DE	COORDINACION DE ENFERMERIA	AV AMERICAS 68 20

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	3	4
Pública	4	3
Total	7	1

Firma electronica validador: MARIA CONSTANZA GARZON NIÑO 04/07/2025 09:37:33

Documento electrónico: f5ff5a2c7f01e3387c2a56c50d508cbd24cbdc620b8b9852d39674427119240d

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

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.

Sideap 2.0

Última Actualización: 30-jun-2025

Fecha Validación: 04-jul-2025

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE SI ___ NO _X_ 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. - 30-jun-2025
Ciudad y fecha del diligenciamiento

Firma electrónica:
YUDY ANDREA PATARROYO ARIAS 30/06/2025 17:51:55
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 04/07/2025 09:37:33