



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: 30-jul-2025

Fecha Validación: 08-ago-2025

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO SIERRA	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) AVILA	NOMBRES YURI FERNANDA
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 1022404880	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 1 MES JUL AÑO 1995 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C.		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA Kra 68c # 2a-11 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3059319096 EMAIL yuris.sierra96@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
PRIMARIA					SECUNDARIA			MEDIA			Bachiller
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	FECHA DE GRADO
										<input checked="" type="checkbox"/>	MES DICIEMBRE AÑO 2012

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
Universitaria	9	X	ENFERMERIA	11 2019	1022404880

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto orden cronológico:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
MANEJO Y GESTION DEL DUELO	UNIMEDICARES	2025	20
ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS	UNIMEDICARES	2025	20

Firma electronica validador: LUZ STELLA CASTIBLANCO CORTES 08/08/2025 11:24:59

1600025

Documento electrónico: 49e780aae5799210db1d570ddf45682466a1cf0aabb380d3f9292f85a699afce
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: 30-jul-2025

Fecha Validación: 08-ago-2025

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto Orden Cronológico:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
ATENCION Y PREVENCION DE CONSUMO DE	UNIMEDICARES	2024	20
TOMA DE MUESTRAS DE LABORATORIO	UNIMEDICARES	2024	20
ATENCIÓN INTEGRAL A VICTIMAS DE ATAQUE	UNIMEDICARES	2024	20
Soporte Vital Cardiovascular Avanzado ACLS	UNIMEDICARES	2024	48
ATENCIÓN EN SALUD VICTIMAS DE VIOLENCIA	UNIMEDICARES	2024	20
ATENCION INTEGRAN EN SALUD MENTAL	UNIMEDICARES	2024	20
Cuidados de enfermería en el contexto de la	ACOEEN	2020	30
Soporte Vital Cardiovascular Básico BLS	Fundación Enfermeros Militares	2019	20
Bleeding Control Basic v. 1.0. Stop T-E BLEED	Fundación Enfermeros Militares	2017	20

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 Sur Occidente E.S.E.	X		Colombia
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	contactenos@subrersuroccidente.gov.co	
TELÉFONOS	FECHA DE INGRESO		FECHA DE RETIRO
4399090	DIA 7 MES 2 AÑO 2022		DIA MES AÑO
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN	
Enfermera	Salud Pública	TV 97B # 16H-60	

Firma electronica validador: LUZ STELLA CASTIBLANCO CORTES 08/08/2025 11:24:59

1600025

Documento electrónico: 49e780aae5799210db1d570ddf45682466a1cf0aabb380d3f9292f85a699afce
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: 30-jul-2025

Fecha Validación: 08-ago-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 REMY IPS	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD auxiliartalentohumano.remy.ips@gmail.com	
TELÉFONOS 7465695	FECHA DE INGRESO DÍA 1 MES 8 AÑO 2021		FECHA DE RETIRO DÍA 20 MES 1 AÑO 2022
CARGO O CONTRATO Coordinadora de enfermería y asistencial	DEPENDENCIA Enfermería	DIRECCIÓN Calle 166 # 16b - 42	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD REMY IPS	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD auxiliartalentohumano.remy.ips@gmail.com	
TELÉFONOS 7465695	FECHA DE INGRESO DÍA 6 MES 7 AÑO 2020		FECHA DE RETIRO DÍA 21 MES 7 AÑO 2021
CARGO O CONTRATO COORDINADORA DE ENFERMERIA	DEPENDENCIA ENFERMERIA	DIRECCIÓN CALLE 166 No. 16b - 42	

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	1	6
Pública	3	6
Total	5	0

Firma electronica validador: LUZ STELLA CASTIBLANCO CORTES 08/08/2025 11:24:59

1600025

Documento electrónico: 49e780aae5799210db1d570ddf45682466a1cf0aabb380d3f9292f85a699afce
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: 30-jul-2025

Fecha Validación: 08-ago-2025

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. - 30-jul-2025

Ciudad y fecha del diligenciamiento

Firma electrónica:

YURI FERNANDA SIERRA AVILA 30/07/2025 13:46:58

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