



# 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: 23-dic-2025

Fecha Validación: 26-dic-2025

## 1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO IGLESIAS	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) BERMUDEZ	NOMBRES DEYANIRA LISBETH
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 57437260	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 26 MES ENE AÑO 1973 PAÍS Colombia DEPTO Magdalena CIUDAD Santa Marta		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CL 13 A 80 D 40 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3123067051 EMAIL deyaniraiglesias@hotmail.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 ACADEMICO					
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO					
1°.	2°.	3°.	4°.	5°.	6°.	7°.	8°.	9°.	10°.	11°.	MES	NOVIEMBRE		AÑO	1990	

### 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	5	X	ENFERMERIA	2 2000	07233

### OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto orden cronológico:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
ESPECIALIZACION DE ENFERMERIA EN	UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA	2011	8

Firma electronica validador: MARIA CONSTANZA GARZON NIÑO 26/12/2025 19:50:51

1699936

Documento electrónico: a03c8c24f425bea013294c88bf5e995b3b92b240b96aa529804d03f92a94b4cc  
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: 23-dic-2025

Fecha Validación: 26-dic-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 HOSPITAL UNIVERSITARIO LA SAMARITANA	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD atencion.usuario@us.org.co	
TELÉFONOS 3490115	FECHA DE INGRESO DIA 1 MES 2 AÑO 2024		FECHA DE RETIRO DIA MES AÑO
CARGO O CONTRATO ENFERMERA	DEPENDENCIA MEDICINA INTERNA	DIRECCIÓN arrera 8 # 0 -29 Sur	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD ENONCO	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD ENONCO@YAHOO.COM	
TELÉFONOS 4320160	FECHA DE INGRESO DIA 3 MES 10 AÑO 2016		FECHA DE RETIRO DIA 21 MES 12 AÑO 2017
CARGO O CONTRATO ENFERMERA ESPECIALISTA	DEPENDENCIA ENFERMERIA	DIRECCIÓN CALLE 95 15 47	

Firma electronica validador: MARIA CONSTANZA GARZON NIÑO 26/12/2025 19:50:51

1699936

Documento electrónico: a03c8c24f425bea013294c88bf5e995b3b92b240b96aa529804d03f92a94b4cc  
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: 23-dic-2025

Fecha Validación: 26-dic-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 CORPORACION IPS SALUDCOOP	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD CORPORACION IPS SALUDCOOP@HOTMAIL.COM	
TELÉFONOS 3003259693	FECHA DE INGRESO DÍA 11 MES 11 AÑO 2006		FECHA DE RETIRO DÍA 18 MES 3 AÑO 2015
CARGO O CONTRATO ENFERMERA JEFE	DEPENDENCIA ENFERMERIA	DIRECCIÓN CALLE 102 A 47 30,	

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	11	5
Total	11	5

Firma electronica validador: MARIA CONSTANZA GARZON NIÑO 26/12/2025 19:50:51

1699936

Documento electrónico: a03c8c24f425bea013294c88bf5e995b3b92b240b96aa529804d03f92a94b4cc  
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: 23-dic-2025

Fecha Validación: 26-dic-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. - 23-dic-2025  
Ciudad y fecha del diligenciamiento

Firma electrónica:  
DEYANIRA LISBETH IGLESIAS BERMUDEZ 23/12/2025 15:15:39  
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 26/12/2025 19:50:51

1699936

Documento electrónico: a03c8c24f425bea013294c88bf5e995b3b92b240b96aa529804d03f92a94b4cc  
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 4 de 4