



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: 27-nov-2025

Fecha Validación: 07-ene-2026

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO PEREZ	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) CARDENAS	NOMBRES ZULLY KATHERINE
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 1024538555	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 8 MES ENE AÑO 1993 PAÍS Colombia DEPTO Tolima CIUDAD San Antonio		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA AC 114 A 21 72 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3112851787 EMAIL zullykatherineperez@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 BÁSICA											TÍTULO
											BACHILLER AGROINDUSTRIAL
PRIMARIA			SECUNDARIA			MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES AÑO
										X	DICIEMBRE 2009

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	No. SEMESTRES	GRADUADO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS		TERMINACIÓN		No. DE TARJETA
ACADÉMICA	APROBADOS	SI NO	O TÍTULO OBTENIDO		MES	AÑO	PROFESIONAL
Universitaria	12	X	MEDICINA		12	2017	1024538555

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
CUIDADO DEL DONANTE Y GESTION DE LA	QUIRON CENTRO DE ENTRAMIENTO EN SALUD	2025	48
MANEJO DEL DOLOR Y CUIDADOS PALIATIVOS	GALENOSEDUSALUD	2025	80

Firma electronica validador: DIANA ALEJANDRA JIMENEZ MORA 07/01/2026 08:55:35

1679840

Documento electrónico: 6f1bd92b2d77d14f7e26bb24b63648d4072b3a61f52efbaf34ca5c6ce5742222
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: 27-nov-2025

Fecha Validación: 07-ene-2026

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A LAS	GALENOSEDUSALUD	2025	50
GESTION DE EMOCIONES Y MANEJO DEL	subred integrada de servicios de salud sur	2024	24
ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A LAS	GALENOSEDUSALUD	2024	50
SOPORTE VITAL AVANZADO ACLS - AHA 2021	GALENOSEDUSALUD	2024	60
interrupción voluntaria del embarazo	keralty	2019	20
SEGURIDAD DEL PACIENTE - BASICO	KERALTY	2019	20
SISPRO	KERALTY	2019	20
MANEJO INICIAL DEL PACIENTE	SAN VICENTE FUNDACION	2018	25

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
inglés	X				X		X		

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 avidanti	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Cundinamarca	MUNICIPIO Soacha	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD juan.hernandez@zentria.com	
TELÉFONOS 5800908	FECHA DE INGRESO DIA 2 MES 2 AÑO 2024		FECHA DE RETIRO DIA 20 MES 9 AÑO 2025
CARGO O CONTRATO medica general	DEPENDENCIA hospitalizacion	DIRECCIÓN Cra. 34 #33-49	

Firma electronica validador: DIANA ALEJANDRA JIMENEZ MORA 07/01/2026 08:55:35

1679840

Documento electrónico: 6f1bd92b2d77d14f7e26bb24b63648d4072b3a61f52efbaf34ca5c6ce5742222
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: 27-nov-2025

Fecha Validación: 07-ene-2026

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 COOPSIN C.T.A	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Cundinamarca	MUNICIPIO Soacha	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD admisiones@procardiohcc.com	
TELÉFONOS 5922979	FECHA DE INGRESO DÍA 6 MES 4 AÑO 2020		FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 12 AÑO 2021
CARGO O CONTRATO medica	DEPENDENCIA urgencias	DIRECCIÓN Crr 1 este # 31-58	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD urgenciashospitalsantaclara@gmail.com	
TELÉFONOS 3186009001	FECHA DE INGRESO DÍA 20 MES 3 AÑO 2019		FECHA DE RETIRO DÍA 30 MES 4 AÑO 2022
CARGO O CONTRATO medico general	DEPENDENCIA urgencias	DIRECCIÓN Tv. 5j #48f Sur69, Bogotá	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL SAN JOSE	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Tolima	MUNICIPIO Ortega	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD referenciasanjose@hotmail.com	
TELÉFONOS 3112230151	FECHA DE INGRESO DÍA 1 MES 2 AÑO 2018		FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 1 AÑO 2019
CARGO O CONTRATO MEDICO GENERAL	DEPENDENCIA URGENCIAS Y CONSULTA EXTERNA	DIRECCIÓN CALLE 6 No. 3-25	

Firma electronica validador: DIANA ALEJANDRA JIMENEZ MORA 07/01/2026 08:55:35

1679840

Documento electrónico: 6f1bd92b2d77d14f7e26bb24b63648d4072b3a61f52efbaf34ca5c6ce5742222
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: 27-nov-2025

Fecha Validación: 07-ene-2026

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	1
Total	5	9

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. - 27-nov-2025
Ciudad y fecha del diligenciamiento

Firma electrónica:
ZULLY KATHERINE PEREZ CARDENAS 27/11/2025 23:28:29
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: DIANA ALEJANDRA JIMENEZ MORA 07/01/2026 08:55:35

1679840

Documento electrónico: 6f1bd92b2d77d14f7e26bb24b63648d4072b3a61f52efbaf34ca5c6ce5742222
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 4 de 4