



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-nov-2025

Fecha Validación: 07-dic-2025

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO PEREZ	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) PEREZ	NOMBRES FANNY YANETH
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 1019082495	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 17 MES FEB AÑO 1993 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C.		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA KR 89 80 58 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3212885127 EMAIL fannyperez1702@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 Bachiller Académico			
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	JULIO	AÑO	2015

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto orden cronológico:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
ATENCION INTEGRAL A VICTIMAS DE	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD	2025	40
ATENCION A VICTIMAS DE AGENTES	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD	2025	20
CURSO Promoción en Salud Mental y Atención	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD	2025	40
MANEJO DEL DUELO	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD	2025	20
Soporte Vital Basico RCP	Fundación Nuestra Señora De La Esperanza	2022	48

Firma electronica validador: DIANA ALEJANDRA JIMENEZ MORA 07/12/2025 03:47:10

1675989

Documento electrónico: 182eb943c5c44b0f1951dba29cda7cd77b3be6ed6282bb859af6445f41adbab4
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: 24-nov-2025

Fecha Validación: 07-dic-2025

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
Auxiliar En Enfermería	Centro Tecnico En Auxiliares De Enfermería	2019	1800
Tecnico Laboral Por Competencias Auxiliar En	Centro De Tecnicos Auxiliares En Enfermería	2019	1800

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 Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD correspondencia@subrednorte.gov.co	
TELÉFONOS 6014431790	FECHA DE INGRESO DIA 31 MES 1 AÑO 2024		FECHA DE RETIRO DIA MES AÑO
CARGO O CONTRATO AUXILAR EN ENFERMERIA	DEPENDENCIA HOSPITALIZACION SALUD MENTAL	DIRECCIÓN CLINICA FRAY BARTOLOME	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD certificacionesops@subrednorte.gov.co	
TELÉFONOS 6014431790	FECHA DE INGRESO DIA 31 MES 1 AÑO 2024		FECHA DE RETIRO DIA MES AÑO
CARGO O CONTRATO auxiliar de Enfermería	DEPENDENCIA Hospitalizacion	DIRECCIÓN Clinica Fray Bartolome	

Firma electronica validador: DIANA ALEJANDRA JIMENEZ MORA 07/12/2025 03:47:10

1675989

Documento electrónico: 182eb943c5c44b0f1951dba29cda7cd77b3be6ed6282bb859af6445f41adbab4
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: 24-nov-2025

Fecha Validación: 07-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 Servicios Medicos Y Oftalmologicos SA.S	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD tesoreria@sosaludvisual.com	
TELÉFONOS 6056828	FECHA DE INGRESO DIA 8 MES 8 AÑO 2022		FECHA DE RETIRO DIA 25 MES 3 AÑO 2023
CARGO O CONTRATO Auxiliar De Consultorio	DEPENDENCIA Consultorio	DIRECCIÓN Calle 100 # 7 - 33 Edificio Capital	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Hogar Comunitario Chiquitines	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD vcardozotapiero@gmail.com	
TELÉFONOS 7013005	FECHA DE INGRESO DIA 14 MES 1 AÑO 2019		FECHA DE RETIRO DIA 30 MES 7 AÑO 2019
CARGO O CONTRATO Auxiliar De Enfermería	DEPENDENCIA Acompañamiento y atencion a la primera	DIRECCIÓN Transversal 90c # 85 - 21	

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	2
Pública	1	10
Total	3	0

Firma electronica validador: DIANA ALEJANDRA JIMENEZ MORA 07/12/2025 03:47:10

1675989

Documento electrónico: 182eb943c5c44b0f1951dba29cda7cd77b3be6ed6282bb859af6445f41adbab4
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: 24-nov-2025

Fecha Validación: 07-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. - 24-nov-2025
Ciudad y fecha del diligenciamiento

Firma electrónica:
FANNY YANETH PEREZ PEREZ 24/11/2025 21:58:48
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