



# 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: 11-feb-2026

Fecha Validación: 11-feb-2026

1

## DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO SIERRA	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) VELÁSQUEZ	NOMBRES HEYDI MARYERLY
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 1033680809	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 10 MES FEB AÑO 1986 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C.		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CL 67A SUR 7null04 ESTE PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3132766905 EMAIL mimaye1516@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	2006	

### 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
Tecnológica	6	X	TECNOLOGÍA EN RADIOLOGÍA E IMÁGENES DIAGNOSTICAS		12	2023	

### OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto orden cronológico:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
Técnico auxiliar de enfermería por competencias	FUDESAS	2015	1800

Firma electronica validador: JOHN ALEXANDER CORTES PEREZ 11/02/2026 09:51:32

1737231

Documento electrónico: 77b2952b7b76593e9e38765bbdd699d5646a83ea569259bc1affc5343f5fefcc  
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: 11-feb-2026

Fecha Validación: 11-feb-2026

## 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 Sur E.S.E.	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD www.subredsur.gov.co	
TELÉFONOS 7300000	FECHA DE INGRESO DÍA 23 MES 1 AÑO 2025	FECHA DE RETIRO DÍA 14 MES 10 AÑO 2025	
CARGO O CONTRATO prestación de servicios	DEPENDENCIA gestion del riesgo	DIRECCIÓN carrera 20 N° 47B 35 SUR	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD www.subredsur.gov.co	
TELÉFONOS 7300000	FECHA DE INGRESO DÍA 23 MES 1 AÑO 2024	FECHA DE RETIRO DÍA 14 MES 6 AÑO 2024	
CARGO O CONTRATO Auxiliar de enfermería	DEPENDENCIA Gestión del riesgo	DIRECCIÓN Carrera 24c No. 53 - 47 Sur	

Firma electronica validador: JOHN ALEXANDER CORTES PEREZ 11/02/2026 09:51:32

1737231

Documento electrónico: 77b2952b7b76593e9e38765bbdd699d5646a83ea569259bc1affc5343f5fefcc  
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: 11-feb-2026

Fecha Validación: 11-feb-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 Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD dir.contratacion@subredsur.gov.co	
TELÉFONOS 7428585	FECHA DE INGRESO DÍA 1 MES 10 AÑO 2022	FECHA DE RETIRO DÍA 30 MES 11 AÑO 2022	
CARGO O CONTRATO Auxiliar de enfermería	DEPENDENCIA Gestion del riesgo	DIRECCIÓN Carrera 20 No. 47 B 35 Sur	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD dir.contratacion@subredsur.gov.co	
TELÉFONOS 7428585	FECHA DE INGRESO DÍA 17 MES 1 AÑO 2022	FECHA DE RETIRO DÍA 30 MES 9 AÑO 2022	
CARGO O CONTRATO AUXILIAR DE ENFERMERIA	DEPENDENCIA GESTION DEL RIESGO	DIRECCIÓN Carrera 20 No. 47 B 35 Sur	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD dir.contratacion@subredsur.gov.co	
TELÉFONOS 7428585	FECHA DE INGRESO DÍA 23 MES 9 AÑO 2021	FECHA DE RETIRO DÍA 30 MES 11 AÑO 2021	
CARGO O CONTRATO prestacion de servicios	DEPENDENCIA gestión del riesgo	DIRECCIÓN Carrera 20 No. 47 B 35 Sur	

Firma electronica validador: JOHN ALEXANDER CORTES PEREZ 11/02/2026 09:51:32

1737231

Documento electrónico: 77b2952b7b76593e9e38765bbdd699d5646a83ea569259bc1affc5343f5fefcc  
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: 11-feb-2026

Fecha Validación: 11-feb-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	0	0
Pública	2	2
Total	2	2

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. - 11-feb-2026  
Ciudad y fecha del diligenciamiento

Firma electrónica:  
HEYDI MARYERLY SIERRA VELÁSQUEZ 11/02/2026 09:38:01  
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: JOHN ALEXANDER CORTES PEREZ 11/02/2026 09:51:32

1737231

Documento electrónico: 77b2952b7b76593e9e38765bbdd699d5646a83ea569259bc1affc5343f5fefcc  
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 4 de 4