



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-nov-2025

Fecha Validación: 02-dic-2025

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO TORRES	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) ABRIL	NOMBRES LEIDY JOHANA
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 1030561978	SEXO F ☒ M ☐	NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☐ NUMERO _____ D.M. _____		
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 3 MES AGO AÑO 1989 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C.		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CL 92 SUR 09 45 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3173418491 EMAIL johanaabrilaph@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 academico			
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA		FECHA DE GRADO		
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	DICIEMBRE	AÑO	2006

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto orden cronológico:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
SOPORTE BASICO DE VIDA	EMPRESA COLOMBIANA DE CAPACITACION	2021	40
ATENCION DE VICTIMAS DE VIOLENCIA	subred sur	2020	20
PRIMER RESPONDIENTE	INDIGER	2018	8
RADIOCOMUNICACIONES	DEFENSA CIVIL COLOMBIA	2009	20
TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA	FUSDESA	2008	1800

Firma electronica validador: LAURA DANIELA HIDROBO MORENO 02/12/2025 10:53:32

1674149

Documento electrónico: 91d6ea8c89eebbc76569ef44947858c6fa3a283a8aab9a132094c3a1da847602 Página 1 de 5
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente



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-nov-2025

Fecha Validación: 02-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 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 talentohumano@subrednorte.gov.co	
TELÉFONOS 4431790	FECHA DE INGRESO DÍA 1 MES 6 AÑO 2023	FECHA DE RETIRO DÍA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO auxiliar de enfermería	DEPENDENCIA aph	DIRECCIÓN calle 165 · 7-45	

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 SUBREDSUR@GMAIL.COM	
TELÉFONOS 4012201	FECHA DE INGRESO DÍA 13 MES 8 AÑO 2019	FECHA DE RETIRO DÍA 7 MES 7 AÑO 2023	
CARGO O CONTRATO AUXILIAR DE ENFERMERIA	DEPENDENCIA APH	DIRECCIÓN CRA 50 N 45 -40	

Firma electronica validador: LAURA DANIELA HIDROBO MORENO 02/12/2025 10:53:32



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-nov-2025

Fecha Validación: 02-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 CUIDARTE TU SALUD	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD CUIDARTE@GMAIL.COM	
TELÉFONOS 6385899	FECHA DE INGRESO DÍA 30 MES 3 AÑO 2017	FECHA DE RETIRO DÍA 10 MES 7 AÑO 2019	
CARGO O CONTRATO AUXILIAR DE ENFERMERIA	DEPENDENCIA TRIPULANTE DE AMBULANCIA	DIRECCIÓN CRA 70 49 39	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD SUBREDSUROCCIDENTE@GMAIL.COM	
TELÉFONOS 4547477	FECHA DE INGRESO DÍA 1 MES 5 AÑO 2013	FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 10 AÑO 2019	
CARGO O CONTRATO ASISTENTE ADMINISTRATIVO	DEPENDENCIA REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA	DIRECCIÓN 0	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD seleccion@subredsuoccidente.com.co	
TELÉFONOS 4547477	FECHA DE INGRESO DÍA 1 MES 3 AÑO 2012	FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 3 AÑO 2013	
CARGO O CONTRATO AUXILIAR DE ENFERMERIA	DEPENDENCIA ATENCION PREHOSPITALARIA	DIRECCIÓN n/a	

Firma electronica validador: LAURA DANIELA HIDROBO MORENO 02/12/2025 10:53:32



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-nov-2025

Fecha Validación: 02-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 y asesorías	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD sya@serviciosyasesor	
TELÉFONOS 6674485	FECHA DE INGRESO DÍA 3 MES 2 AÑO 2010	FECHA DE RETIRO DÍA 30 MES 8 AÑO 2010	
CARGO O CONTRATO AUXILIAR DE ENFERMERIA	DEPENDENCIA VACUNACION	DIRECCIÓN CALLE 23 A # 4-11	

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	2	10
Pública	13	8
Total	14	3



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-nov-2025

Fecha Validación: 02-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-nov-2025

Ciudad y fecha del diligenciamiento

Firma electrónica:

LEIDY JOHANA TORRES ABRIL 23/11/2025 18:43:29

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: LAURA DANIELA HIDROBO MORENO 02/12/2025 10:53:32