



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: 25-feb-2025

Fecha Validación: 03-mar-2025

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO DELGADO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) MOGOLLON	NOMBRES YESIKA PAOLA
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 1097639456	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 25 MES DIC AÑO 1995 PAÍS Colombia DEPTO Santander CIUDAD Güepsa		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CL 77 63 56 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3134865166 EMAIL yesipaito.641995@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
PRIMARIA					SECUNDARIA			MEDIA			FECHA DE GRADO
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES AÑO
										X	JUNIO 2016

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
Tecnológica	12	X	TECNOLOGÍA EN GESTIÓN AGROEMPRESARIAL	6 2016	

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
GESTION DEL DUELO	FUNDACION EDUCATIVA CAMPUS	2025	45
SOPORTE VITAL AVANZADO	FUNDACION EDUCATIVA CAMPUS	2025	70

Firma electronica validador: ANA TATIANA QUINTANA TORRES 03/03/2025 15:30:50

1518978

Documento electrónico: 52452947be46625e28343024be16aaab1b767aec0ae5bd071fe747725c21839
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: 25-feb-2025

Fecha Validación: 03-mar-2025

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
SOPORTE VITAL BASICO	FUNDACION EDUCATIVA CAMPUS	2025	45
VICTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL	FUNDACION EDUCATIVA CAMPUS	2025	45
VICTIMA DE AGENTES QUIMICOS	FUNDACION EDUCATIVA CAMPUS	2025	45
TOMA DE MUESTRAS	FUNDACION EDUCATIVA CAMPUS	2025	45

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 LABORAMOS SAS	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Boyacá	MUNICIPIO Moniquirá	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD contratacion@laboramos.net	
TELÉFONOS 7436997	FECHA DE INGRESO DÍA 2 MES 2 AÑO 2022	FECHA DE RETIRO DÍA 30 MES 7 AÑO 2022	
CARGO O CONTRATO AUXILIAR DE ENFERMERIA	DEPENDENCIA ASISTENCIAL	DIRECCIÓN MONIQUIRA	

Firma electronica validador: ANA TATIANA QUINTANA TORRES 03/03/2025 15:30:50

1518978

Documento electrónico: 52452947be46625e28343024be16aaab1b767aec0ae5bd071fe747725c21839
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: 25-feb-2025

Fecha Validación: 03-mar-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 E.S.E SAN JOSE DE GUAVATA	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Santander	MUNICIPIO Guavatá	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD gerencia@sesanjosedeguavata.gov.co	
TELÉFONOS 3142850704	FECHA DE INGRESO DIA 1 MES 1 AÑO 2021	FECHA DE RETIRO DIA 31 MES 12 AÑO 2021	
CARGO O CONTRATO au	DEPENDENCIA ASISTENCIAL	DIRECCIÓN kra 3 # 2-60	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD CLIMED BARBOSA LTDA	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Santander	MUNICIPIO Barbosa	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD NO IDENTIFICADO	
TELÉFONOS 7482614	FECHA DE INGRESO DIA 15 MES 12 AÑO 2019	FECHA DE RETIRO DIA 14 MES 3 AÑO 2020	
CARGO O CONTRATO AUXILIAR DE ENFERMERIA	DEPENDENCIA ASISTENCIAL	DIRECCIÓN KRA 9 # 10-97	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD CENTRO DE SALUD SAN ROQUE	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Santander	MUNICIPIO Güepsa	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD esesanroueg@gmail.com	
TELÉFONOS 3174005123	FECHA DE INGRESO DIA 2 MES 7 AÑO 2019	FECHA DE RETIRO DIA 1 MES 10 AÑO 2019	
CARGO O CONTRATO AUXILIAR DE ENFERMERIA	DEPENDENCIA ASISTENCIAL	DIRECCIÓN CALLE 3 # 82	

Firma electronica validador: ANA TATIANA QUINTANA TORRES 03/03/2025 15:30:50

1518978

Documento electrónico: 52452947be46625e28343024be16aaab1b767aec0ae5bd071fe747725c21839
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: 25-feb-2025

Fecha Validación: 03-mar-2025

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	11
Pública	0	0
Total	1	11

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. - 25-feb-2025

Ciudad y fecha del diligenciamiento

Firma electrónica:

YESIKA PAOLA DELGADO MOGOLLON 25/02/2025 17:02:05

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: ANA TATIANA QUINTANA TORRES 03/03/2025 15:30:50

1518978

Documento electrónico: 52452947be46625e28343024be16aaab1b767aec0ae5bd071fe747725c21839
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 4 de 4