



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: 07-mar-2025

Fecha Validación: 07-mar-2025

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO TORRES	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) PAEZ	NOMBRES NELLY CAROLINA
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 1013596227	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 2 MES MAY AÑO 1988 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C.		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA CR 1B 36D 40 SUR PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 2060854 EMAIL nelly.torrespaez@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 ACADÉMICO					
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO					
1°.	2°.	3°.	4°.	5°.	6°.	7°.	8°.	9°.	10°.	11°.	MES	DICIEMBRE		AÑO	2005	

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
TÉCNICO LABORAL AUXILIAR DE ENFERMERÍA FUNDACIÓN DE SOCORRISTAS DESARROLLO Y		2006	1800

Firma electronica validador: LUZ STELLA CASTIBLANCO CORTES 07/03/2025 15:56:17

1526531

Documento electrónico: d83cb780e0a29e29f28c09dd49cc2f9a4a9e3f2b4e803ddc38261377c02c026b
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 1 de 5



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: 07-mar-2025

Fecha Validación: 07-mar-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 Secretaría Distrital De Salud	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD contratacioncertificaciones@saludcapital.gov.co	
TELÉFONOS 6013649090	FECHA DE INGRESO DIA 1 MES 8 AÑO 2024	FECHA DE RETIRO DIA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO Contratista	DEPENDENCIA Subdirección CRUE	DIRECCIÓN Carrera 32# 12 81	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Secretaría Distrital De Salud	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD contratacioncertificaciones@saludcapital.gov.co	
TELÉFONOS 3649090	FECHA DE INGRESO DIA 15 MES 3 AÑO 2019	FECHA DE RETIRO DIA 14 MES 3 AÑO 2020	
CARGO O CONTRATO Contratista	DEPENDENCIA SUBDIRECCIÓN CENTRO REGULAR DE	DIRECCIÓN Cra 32 # 12 - 81	

Firma electronica validador: LUZ STELLA CASTIBLANCO CORTES 07/03/2025 15:56:17

1526531

Documento electrónico: d83cb780e0a29e29f28c09dd49cc2f9a4a9e3f2b4e803ddc38261377c02c026b
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 2 de 5



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: 07-mar-2025

Fecha Validación: 07-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 Secretaría Distrital De Salud	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD contratacioncertificaciones@saludcapital.gov.co	
TELÉFONOS 3649090	FECHA DE INGRESO DÍA 20 MES 11 AÑO 2018	FECHA DE RETIRO DÍA 19 MES 3 AÑO 2019	
CARGO O CONTRATO Contratista	DEPENDENCIA SUBDIRECCIÓN CENTRO REGULADOR	DIRECCIÓN Cra 32 # 12 -81	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Secretaría Distrital De Salud	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD contratacioncertificaciones@saludcapital.gov.co	
TELÉFONOS 3649090	FECHA DE INGRESO DÍA 14 MES 8 AÑO 2018	FECHA DE RETIRO DÍA 13 MES 11 AÑO 2018	
CARGO O CONTRATO Contratista	DEPENDENCIA SUBDIRECCIÓN CENTRO REGULADOR	DIRECCIÓN Cra 32 # 12 - 81	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD OCUPAR TEMPORALES S.A.	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD asistenteadmon@ocupar.com.co.	
TELÉFONOS 3905555	FECHA DE INGRESO DÍA 1 MES 2 AÑO 2017	FECHA DE RETIRO DÍA 7 MES 7 AÑO 2017	
CARGO O CONTRATO T.A.R.M.	DEPENDENCIA SUBDIRECCIÓN CENTRO REGULADOR	DIRECCIÓN Cra 15 # 97-40	

Firma electronica validador: LUZ STELLA CASTIBLANCO CORTES 07/03/2025 15:56:17

1526531

Documento electrónico: d83cb780e0a29e29f28c09dd49cc2f9a4a9e3f2b4e803ddc38261377c02c026b
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 3 de 5



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: 07-mar-2025

Fecha Validación: 07-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 OCUPAR TEMPORALES S.A.	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD asistenteadmon@ocupar.com.co.	
TELÉFONOS 3905555	FECHA DE INGRESO DÍA 1 MES 2 AÑO 2016		FECHA DE RETIRO DÍA 30 MES 1 AÑO 2017
CARGO O CONTRATO T.A.R.M.	DEPENDENCIA SUBDIRECCIÓN CENTRO REGULADOR	DIRECCIÓN Cra 15 # 97-40	

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	5
Pública	2	2
Total	3	7

Firma electronica validador: LUZ STELLA CASTIBLANCO CORTES 07/03/2025 15:56:17

1526531

Documento electrónico: d83cb780e0a29e29f28c09dd49cc2f9a4a9e3f2b4e803ddc38261377c02c026b
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 4 de 5



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: 07-mar-2025

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

Firma electrónica:
NELLY CAROLINA TORRES PAEZ 07/03/2025 14:41:06
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: LUZ STELLA CASTIBLANCO CORTES 07/03/2025 15:56:17

1526531

Documento electrónico: d83cb780e0a29e29f28c09dd49cc2f9a4a9e3f2b4e803ddc38261377c02c026b
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 5 de 5