



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: 27-abr-2025

Fecha Validación: 29-abr-2025

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO MURILLO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) MOSQUERA	NOMBRES PAOLA YISETH
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. <input checked="" type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> PAS <input type="radio"/> No. 1074713681	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 NOV AÑO 1987 PAÍS Colombia DEPTO Chocó CIUDAD Unguía		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA DG 45 F 13 L 21 PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C. CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3124938373 EMAIL piloinmumo@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 AGRICOLA					
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA	FECHA DE GRADO					
1°.	2°.	3°.	4°.	5°.	6°.	7°.	8°.	9°.	10°.	11°.	MES	DICIEMBRE		AÑO	2007	

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN Estricto ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN	AÑO TERMINACIÓN	HORAS
tecnico auxiliar de enfermeria	ingabo	2011	1860

Firma electronica validador: OSCAR RICARDO CASTILLO TORRES 29/04/2025 11:51:28

1548255

Documento electrónico: 63b355a47aff8e6d3b66635468e9bb61e70b76902c1232638f9de32ef40d7be0
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: 27-abr-2025

Fecha Validación: 29-abr-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 Sur E.S.E.	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD CONTRATACION@SUDREBSUR.GOV.CO	
TELÉFONOS 7300000	FECHA DE INGRESO DIA 6 MES 3 AÑO 2023	FECHA DE RETIRO DIA 30 MES 4 AÑO 2023	
CARGO O CONTRATO AUXILIAR DE ENFERMERA	DEPENDENCIA SALUD PUBLICA	DIRECCIÓN KR 24 54 47 SUR	

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 00	
TELÉFONOS 4399909	FECHA DE INGRESO DIA 16 MES 1 AÑO 2023	FECHA DE RETIRO DIA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO Auxiliar de enfermería	DEPENDENCIA salud	DIRECCIÓN CALLE 19 A# 34 - 94	

Firma electronica validador: OSCAR RICARDO CASTILLO TORRES 29/04/2025 11:51:28

1548255

Documento electrónico: 63b355a47aff8e6d3b66635468e9bb61e70b76902c1232638f9de32ef40d7be0
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: 27-abr-2025

Fecha Validación: 29-abr-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 Inversiones clinitas	PÚBLICA	PRIVADA X	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD piloinmumo@hotmail.com	
TELÉFONOS 1074713681	FECHA DE INGRESO DÍA 3 MES 5 AÑO 2021		FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 10 AÑO 2021
CARGO O CONTRATO Auxiliar de enfermería	DEPENDENCIA salud	DIRECCIÓN nn	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD SUBRED INTEGRADA DE SERVICIO DE SALUD NORTE E.S.E	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD paiextramuralsubrednorte@gmail.com	
TELÉFONOS 3291723	FECHA DE INGRESO DÍA 1 MES 2 AÑO 2018		FECHA DE RETIRO DÍA 17 MES 12 AÑO 2019
CARGO O CONTRATO AUXILIAR DE ENFERMERIA	DEPENDENCIA PAI EXTRAMURAL	DIRECCIÓN KR 54 67 A 20	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD HOSPITAL CENTRO ORIENTE	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD hospitalcentrotiente@hotmail.com	
TELÉFONOS 3444484	FECHA DE INGRESO DÍA 11 MES 5 AÑO 2015		FECHA DE RETIRO DÍA 9 MES 2 AÑO 2016
CARGO O CONTRATO AUXILIAR DE ENFERMERIA	DEPENDENCIA SALUD PUBLICA	DIRECCIÓN PIC MARTIRES	

Firma electronica validador: OSCAR RICARDO CASTILLO TORRES 29/04/2025 11:51:28

1548255

Documento electrónico: 63b355a47aff8e6d3b66635468e9bb61e70b76902c1232638f9de32ef40d7be0
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: 27-abr-2025

Fecha Validación: 29-abr-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 HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE	PÚBLICA X	PRIVADA	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD hospitalrafeluribe@gmail.com	
TELÉFONOS 3183919020	FECHA DE INGRESO DÍA 22 MES 11 AÑO 2013		FECHA DE RETIRO DÍA 31 MES 8 AÑO 2014
CARGO O CONTRATO AUXILIAR DE ENFERMERIA	DEPENDENCIA SALUD PUBLICA	DIRECCIÓN UPA RAFAEL URIBE	

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	5
Pública	5	8
Total	6	2

Firma electronica validador: OSCAR RICARDO CASTILLO TORRES 29/04/2025 11:51:28

1548255

Documento electrónico: 63b355a47aff8e6d3b66635468e9bb61e70b76902c1232638f9de32ef40d7be0
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: 27-abr-2025

Fecha Validación: 29-abr-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. - 27-abr-2025
Ciudad y fecha del diligenciamiento

Firma electrónica:
PAOLA YISETH MURILLO MOSQUERA 27/04/2025 11:53:40
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: OSCAR RICARDO CASTILLO TORRES 29/04/2025 11:51:28

1548255

Documento electrónico: 63b355a47aff8e6d3b66635468e9bb61e70b76902c1232638f9de32ef40d7be0
NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

Página 5 de 5